Quelle est l'efficacité des interventions communautaires ou de soins primaires dans la réduction de l'obésité chez les adultes de l'ensemble de la population?

PROJET DE PRATIQUE EFFICACE EN SANTÉ PUBLIQUE

Août 2008

Étude financée par l'Agence
de la santé publique du Canada



Quelle est l'efficacité des interventions communautaires ou de soins primaires dans la réduction de l'obésité chez les adultes de l'ensemble de la population?

PROJET DE PRATIQUE EFFICACE EN SANTÉ PUBLIQUE

Helen Thomas IA, M.Sc.[1]
Donna Fitzpatrick-Lewis, M.S.S.[2]
Elizabeth Rideout, IA, Ph.D.[3]
Jackie Muresan, IA, B.Sc.Inf.[4]

[1] École de soins infirmiers de l'Université McMaster, Projet de pratique efficace en santé publique, 1685, rue Main Ouest, bureau 302, Hamilton (Ontario) L8S 1G5; Téléphone : 905 525-9140 poste 20470; Télécopieur : 905 529-4184; thomash@mcmaster.ca
[2] École de soins infirmiers de l'Université McMaster, Projet de pratique efficace en santé publique, 1685, rue Main Ouest, bureau 302, Hamilton (Ontario) L8S 1G5; Téléphone : 905 525-9140 poste 20471; Télécopieur : 905-529-4184; fitzd@mcmaster.ca
[3] École de soins infirmiers de l'Université McMaster, Projet de pratique efficace en santé publique, 1685, rue Main Ouest, bureau 302, Hamilton (Ontario) L8S 1G5; rideoutl@mcmaster.ca
[4] École de soins infirmiers de l'Université McMaster, Projet de pratique efficace en santé publique, 1685, rue Main Ouest, bureau 302, Hamilton (Ontario) L8S 1G5

Le financement de cette étude provient de :

L'Agence de la santé publique du Canada
Les opinions exprimées dans cet examen sont celles de leurs auteurs et ne reflètent pas obligatoirement le point de vue officiel de l'Agence de la santé publique du Canada
Projet ASPC numéro 6260-15-2007/8740001
Programme d'observatoire des pratiques exemplaires



Comité directeur 2008 du projet de pratique efficace en santé publique

Lisa Ashley

Joanne Beyers

Maureen Cava

Donna Fitzpatrick-Lewis

Linda Khoshaba

Valerie Mann

Isabelle Michel

Marlene Mirza

Monique Stewart

Susan Stewart

Helen Thomas

Colleen Van Berkel

Équipe du projet de pratique efficace en santé publique

Chargée de projet

Helen Thomas

Coordonnatrice du projet

Marlene Mirza

Analyste de la recherche

Donna Fitzpatrick-Lewis

Assistantes du projet

Harpreet Gill

Sharon Peck-Reid



Projet de pratique efficace en santé publique

Pour définir l'efficacité des interventions faisant partie des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (LDTPSSO), les études systématiques effectuées avant 2007 ont été financées par le Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) de la Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé et par les services

Normes générales

Égalité d'accès

Enquêtes sur les risques pour la santé

New roads and human health: A systematic review (*Nouvelles routes et santé humaine : examen systématique*)	2005
Effectiveness of public health in organized response to non-natural environmental disasters * (*Efficacité des services de santé publique dans l'organisation face aux désastres écologiques*)	1999
Effectiveness of environmental awareness interventions * (*Efficacité des interventions de sensibilisation à l'environnement*)	1999

Programme, planification et évaluation

Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (*Interventions psychosociales et psychologiques pour éviter la dépression postnatale*)	2005
Effectiveness of physical activity programs at worksites with respect to work-related outcomes (*Efficacité des programmes d'activité physique en milieu de travail en relation avec les résultats professionnels*)	2005
Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia (*Méta-analyse des interventions psychosociales auprès de soignants et de personnes atteintes de démence*)	2005
Health related virtual communities and electronic support groups: Systematic review of the effects of online peer-to-peer interactions (*Communautés virtuelles et groupes électroniques de soutien axés sur la santé : examen systématique des répercussions des interactions poste à poste en ligne*)	2005
Web sites for promoting health (*Sites Web de promotion de la santé*)	2003
The effectiveness of patient diabetes education in the management of type 2 diabetes (*Efficacité de l'éducation des diabétiques pour combattre le diabète de type 2*)	2002
The effectiveness of on-line health information for consumers (*Efficacité de l'information en ligne sur la santé pour les consommateurs*)	2002
Mass media interventions: Effects on health services use (*Interventions des mass media : répercussions sur l'utilisation des services de santé*)	2001
A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns (*Méta-analyse des communications véhiculant la peur : répercussions sur l'efficacité des campagnes de santé publique*)	2001
Electronic social support groups to improve health * (*Amélioration de la santé grâce aux groupes électroniques de soutien social*)	2000
Effectiveness of video for health education (*Efficacité des vidéos dans l'éducation en matière de santé*)	2000
Effectiveness of environmental awareness interventions * (*Efficacité des interventions de sensibilisation à l'environnement*)	1999

Maladies chroniques et blessures

Prévention des maladies chroniques

Quelle est l'efficacité des interventions communautaires ou de soins primaires dans la réduction de l'obésité chez les adultes de l'ensemble de la population?*	2008
Is there a relationship between food insecurity and overweight/obesity? * (*Existe-t-il une relation entre l'insécurité alimentaire et la surcharge pondérale ou l'obésité?)*	2007
The effectiveness of multi-faceted health promotion interventions in the workplace to reduce chronic disease* (*Efficacité des interventions polyvalentes de promotion de la santé en milieu de travail pour réduire les maladies chroniques)*	2007
The effectiveness of intervention to promote physical activity among marginalized populations * (*Efficacité des interventions de promotion des activités physiques chez les populations marginalisées)*	2007
Competitions and incentives for smoking cessation (*Concours et incitatifs dans le sevrage du tabac)*	2006
Enhancing partner support to improve smoking cessation (*Renforcement du soutien du conjoint pour faciliter le sevrage du tabac)*	2006
Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (*Programme de thérapie comportementale de groupe dans le cadre du sevrage du tabac)*	2006
Individual behavioural counselling for smoking cessation (*Counselling comportemental individuel dans le cadre du sevrage du tabac)*	2006
A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities *(Examen des interventions visant à réduire l'usage du tabac dans les collèges et les universités*)	2006
Physician advice for smoking cessation (*Conseils des médecins pour le sevrage du tabac*)	2006
Workplace interventions for smoking cessation (*Interventions en milieu de travail pour le sevrage du tabac*)	2006
Exercise for health for early postmenopausal women: A systematic review of randomized controlled trials (*L'exercice pour la santé chez les femmes récemment postménopausées : examen systèmatique des essais cliniques aléatoires*)	2006
Home versus center based physical activity programs in older adults (*Programmes d'activité physique à domicile comparés à ceux effectués dans un centre pour personnes âgées*)	2006
Interventions for promoting physical activity (*Interventions visant à promouvoir l'activité physique*)	2006
The effectiveness of school-based interventions in reducing adolescent risk behaviours: A systematic review (*Efficacité des interventions scolaires visant à réduire les comportements à risque chez les adolescents : examen systématique des études**)	2005
The effectiveness of interventions to prevent excessive weight gain in pregnancy * (*Efficacité des interventions visant à prévenir la prise de poids excessive pendant la grossesse*)	2005
Dietary advice given by a dietitian versus other health professionals or self-help resources to reduce blood cholesterol (*Conseils diététiques donnés par un diététicien comparés à ceux données par d'autres professionnels ou ressources d'autothérapie visant à réduire le cholestérol sanguin*)	2005
A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations *(Examen de 25 évaluations d'un programme de prévention de longue durée contre l'utilisation du tabac et autres drogues par les adolescents)*	2005

Counselling to promote a healthy diet in adults: A summary of evidence for the US Preventive Services Task Force (*Conseils visant à favoriser une alimentation saine chez l'adulte : résumé des preuves rassemblées par le groupe de travail états-unien des services de prévention*)	2005
Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries (*Examen des preuves relatives à des d'interventions visant à prévenir les caries dentaires, les cancers de la bouche et du pharynx ainsi que les lésions craniofaciales faites pendant le sport*)	2005
Systematic review of long-term effects of advice to reduce dietary salt in adults (*Examen systématique des répercussions à long terme des conseils de réduction de l'utilisation du sel chez les adultes*)	2005
Effectiveness of physical activity enhancement and obesity prevention programs in children and youth (Healthy Weights Review (HWR))*(*Efficacité des programmes de renforcement de l'activité physique et de prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents [Études sur le poids normal]*), décrits dans les cinq études suivantes :	2004
Environmental interventions to improve nutrition and increase physical in children activity and youth (*Interventions sur l'environnement pour améliorer la nutrition et augmenter l'activité physique chez les enfants et les adolescents*)	
Interventions to improve nutritional intake in children and youth (*Interventions pour l'amélioration de l'apport alimentaire chez les enfants et les adolescents*)	
Interventions to increase physical activity and nutritional intake in children and youth (*Interventions pour l'augmentation de l'activité physique et de l'apport alimentaire chez les enfants et les adolescents*)	
Interventions to increase physical activity in children and youth (*Interventions pour l'augmentation de l'activité physique chez les enfants et les adolescents*)	
Interventions to reduce physical inactivity in children and youth (*Interventions pour la réduction de l'inactivité physique chez les enfants et les adolescents*)	
Effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness and health (*Efficacité des programmes d'activité physique, de conditionnement physique et de santé en milieu de travail*)	2004
Exercise to improve self-esteem in children and young people (*Les exercices pour améliorer l'estime de soi chez les enfants et les adolescents*)	2004
Mass media interventions for preventing smoking in young people (*Interventions des mass media pour éviter le tabagisme chez les adolescents*)	2004
Exercise as an aid in smoking cessation (*L'exercice comme aide dans le sevrage du tabac*)	2004
Young people and healthy eating: A systematic review on barriers and facilitators (*Les adolescents et l'alimentation saine : examen systématique des obstacles et des éléments facilitants*)	2003
The effectiveness of routinely taught breast self-examination in reducing mortality (*Efficacité de l'auto-examen des seins de routine pour réduire la mortalité*)	2003
The effectiveness of patient diabetes education in the management of type 2 diabetes (*Efficacité de l'éducation des diabétiques pour combattre le diabète de type II*)	2002
The effectiveness of school-based strategies for the primary prevention of obesity and for promoting physical activity and/or nutrition, the major modifiable risk factors for type 2 diabetes* (*Efficacité des stratégies scolaires dans la prévention primaire de l'obésité et dans la promotion de l'activité physique ou de l'alimentation, les principaux facteurs de risque modifiables du diabète de type II*)	2002
Effectiveness of primary prevention of eating disorders * (*Efficacité de la prévention primaire des troubles de l'alimentation*)	2001

Using school-based programs to improve heart healthy eating behaviours of children (*Utilisation de programmes scolaires pour améliorer les comportements alimentaires bénéfiques pour la santé cardiaque des enfants*)	2001
Effectiveness of interventions to promote healthy eating in pre-school children aged 1 to 5 years (*Efficacité des interventions visant à promouvoir une alimentation saine chez les tout-petits âgés de 1 à 5 ans*)	2001
Effectiveness of smoking cessation interventions (*Efficacité des interventions de sensibilisation au sevrage du tabac*)	2001
Limited (information only) patient education programs for adults with asthma (*Programmes limités [à l'information] d'éducation des patients adultes asthmatiques*)	2001
The effectiveness of health promotion interventions in the workplace (*Efficacité des interventions en promotion de la santé en milieu de travail*)	2001
The effect of exercise training on bone mass among pre- and postmenopausal women (*Effets de l'exercice sur la masse osseuse chez les femmes ménopausées et préménopausées*)	2001
The effectiveness of the health promoting schools approach and school-based health promotion interventions (*Efficacité de l'approche de promotion de la santé adoptée par les écoles et des interventions scolaires de promotion de la santé*)	2001
Effectiveness of home based support for older people (*Efficacité du soutien à domicile pour les personnes âgées*)	2001
The effectiveness of school-based interventions in promoting physical activity and fitness among children and youth: A systematic review (*Efficacité des interventions scolaires dans le cadre de la promotion de l'activité et du conditionnement physique chez les enfants et les adolescents : examen systématique*)	2001
Effectiveness of dust mite control to reduce asthma symptoms (*Efficacité de la lutte contre les acariens détricicoles pour réduire les symptômes de l'asthme*)	2000
The effectiveness of interventions for preventing tobacco smoke in public places (*Efficacité des interventions d'interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics*)	2000
Effectiveness of a telephone intervention as a delivery strategy within the scope of public health nursing practice (*Efficacité de l'intervention par téléphone en tant que stratégie de prestations dans le cadre de services infirmiers de la santé publique*)	2000
The effectiveness of postpartum smoking relapse prevention strategies: A systematic review of the evidence 1992-1999* (*Efficacité des stratégies de prévention de rechute postnatale du tabagisme : examen systématique des preuves de 1992 à 1999*)	2000
The effectiveness of community interventions to increase fruit and vegetable consumption in people four years of age and older * (*Efficacité des interventions communautaires pour augmenter la consommation de fruits et de légumes chez les enfants à partir de 4 ans*)	1999
Effectiveness of coalitions in heart health promotion, tobacco use reduction, and injury prevention: A systematic review of the litterature 1990-1998 * (*Efficacité des coalitions de promotion de la santé cardiaque, de réduction de l'usage du tabac et de la prévention des lésions : examen systématique de la documentation publiée entre 1990 et 1998*)	1999
Smoking cessation during pregnancy (*Le sevrage du tabac pendant la grossesse*)	1999
The effectiveness of community-based heart health programs: a systematic overview update * (*Efficacité des programmes communautaires de santé cardiaque : mise à jour systématique de l'aperçu)*	1999
The effectiveness of workplace-based health risk appraisal in improving knowledge, attitudes or behaviours (*Efficacité de l'évaluation des risques sanitaires en milieu de travail grâce à l'amélioration des connaissances, des attitudes ou des comportements*)	1999

Détection précoce du cancer

The effectiveness of interventions to promote mammography among women with historically lower rates of screening (*Efficacité des interventions visant à promouvoir la mammographie chez les femmes affichant des taux de dépistage inférieurs*)	2005
Effectiveness of strategies to increase cervical cancer screening in clinic-based settings: A systematic review of the litterature 1989-1999* (*Efficacité des stratégies visant à augmenter les dépistages du cancer du col de l'utérus en clinique : examen systématique de la documentation publiée de 1989 à 1999*)	2000
Community-based strategies to promote cervical cancer screening * (*Stratégies communautaires de promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus*)	2000

Prévention des lésions, y compris la prévention de l'abus d'alcool ou autres drogues

Workplace interventions to prevent substance misuse* (*Interventions en milieu de travail visant à prévenir l'usage abusif de l'alcool et autres drogues*)	2008
Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (*Visites à domicile en cours de grossesse ou après la naissance chez les femmes souffrant d'un problème d'alcool ou de drogue*)	2006
Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children (*Interventions non prévues par la loi et visant à promouvoir le port du casque par les enfants*)	2006
Interventions for promoting booster seat use in four to eight year olds travelling in motor vehicles (*Interventions visant à promouvoir l'utilisation du siège rehausseur dans les véhicules à moteur pour les enfants de 4 à 7 ans*)	2006
Population-based interventions for the prevention of fall-related injuries in older people (*Interventions auprès de la population pour la prévention des lésions dues à des chutes chez les personnes âgées*)	2006
School-based driver education for the prevention of traffic crashes (*Programme d'éducation routière en milieu scolaire pour la prévention des accidents automobiles*)	2005
A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction (*Examen systèmatique de l'efficacité de l'approche de renforcement communautaire en matière de dépendance à l'alcool, à la cocaïne et aux opioïdes*)	2005
A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations (*Examen de 25 évaluations d'un programme de prévention de longue durée contre l'utilisation du tabac et autres drogues par les adolescents*)	2005
Post-license driver education for the prevention of traffic crashes (*Programme d'éducation routière réalisé après l'obtention du permis pour la prévention des accidents automobiles*)	2004
A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly: How effective are they? (*Méta-analyse des programmes de prévention des chutes chez les personnes âgées : quelle est leur efficacité?)*	2004
Interventions to prevent the recurrence of elder abuse (*Interventions visant à prévenir les récidives en matière de violences faites aux aînés*)	2003
The effectiveness of preventative home visits to elderly people living in the community (*Efficacité des visites préventives au domicile de personnes âgées vivant dans la communauté*)	2003
Interventions for increasing pedestrian and cyclist visibility (*Interventions visant l'augmentation de la visibilité des piétons et des cyclistes*)	2003
Child pedestrian safety (*Sécurité des enfants piétons*)	2003

The effectiveness of physical exercise for sleep problems in adults aged 60+ (*Efficacité de l'exercice physique dans les problèmes de sommeil des personnes de 60 ans et plus*)	2002
Effectiveness of a telephone intervention as a delivery strategy within the scope of public health nursing practice (*Efficacité de l'intervention par téléphone en tant que stratégie de prestations dans le cadre de services infirmiers de la santé publique*)	2000
Effectiveness of video for health education (*Efficacité des vidéos dans l'éducation en matière de santé*)	2000
Effectiveness of anticipatory care interventions with community-dwelling elderly persons (*Efficacité des interventions de soins anticipées chez les personnes âgées résidant dans la communauté*)	2000
Effectiveness of coalitions in heart health promotion, tobacco use reduction, and injury prevention: a systematic review of the litterature 1990-1998* (*Efficacité des coalitions dans la promotion de la santé cardiaque, de la réduction de l'usage du tabac et de la prévention des lésions : examen systèmatique de la documentation publiée de 1990 à 1998*)	1999
Prevention of unintentional injuries in childhood and young adolescence (*Prévention des lésions non intentionnelles chez les enfants et les jeunes adolescents*)	1999
The effectiveness of school-based interventions in reducing adolescent risk behaviours: a systematic review of reviews * (*Efficacité des interventions scolaires visant à réduire les comportements à risque chez les adolescents : examen systématique des études*)	1999
The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programs for adolescents * (*Efficacité des programmes de prévention du suicide basés sur le programme scolaire et destiné aux adolescents*)	1999

Santé sexuelle

Women, sex and HIV (*Femmes, sexe et VIH*)	2004
The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women * (*Efficacité des interventions du système de santé publique pour réduire ou éviter la violence conjugale faite aux femmes*)	2001
The effectiveness of the health promoting schools approach and school-based health promotion interventions (*Efficacité de l'approche de promotion de la santé adoptée par les écoles et des interventions scolaires de promotion de la santé*)	2001
Peer health promotion interventions for youth (*Interventions de pairs pour les adolescents concernant la promotion de la santé*)	2000
Effectiveness of school-based programs in reducing adolescent risk behaviour: A systematic review of reviews * (*Efficacité des interventions scolaires visant à réduire les comportements à risque chez les adolescents : examen systématique des études*)	1999
A systematic review of the effectiveness of adolescent pregnancy primary prevention programs * (*Étude systèmatique de l'efficacité des programmes de prévention primaire des grossesses d'adolescentes*)	1999
A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases (STDs) in adolescents* (*Examen systématique de l'efficacité des programmes de prévention primaire des maladies transmissibles sexuellement (MTS) chez les adolescents*)	1999

Santé de la reproduction

Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (*Visites en cours de grossesse ou après la naissance au domicile des femmes souffrant d'un problème d'alcool ou de drogue*)	2006

The effectiveness of interventions to prevent excessive weight gain in pregnancy * (*Efficacité des interventions visant à prévenir la prise de poids excessive pendant la grossesse*)	2005
The effectiveness of folate supplementation for the prevention of neural tube defects (*Efficacité de l'apport complémentaire en folate dans la prévention des anomalies du tube neural*)	2002
Antenatal education for childbirth/parenthood (*Éducation prénatale sur l'accouchement/la condition de parent*)	2001
The effectiveness of public health strategies to reduce or prevent the incidence of low birth weight in infants born to adolescents: A systematic review (*Efficacité des stratégies du système de santé publique dans la réduction ou la prévention de l'incidence des insuffisances pondérales à la naissance chez les enfants nés d'adolescents : examen systématique*)	2001
The effectiveness of postpartum smoking relapse prevention strategies: A systematic review of the evidence 1992-1999* (*Efficacité des stratégies de prévention de rechute postnatale du tabagisme : étude systèmatique des preuves publiées de 1992 à 1999*)	2000
Smoking cessation during pregnancy (*Le sevrage du tabac pendant la grossesse*)	1999
The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions to clients in prenatal and postnatal period: A systematic review (*Efficacité des stratégies de visite à domicile en tant que stratégie de prestations dans le cadre de services infirmiers de la santé publique destinés à des personnes en période prénatale ou postnatale : examen systématique*)	1999

Santé de l'enfant

The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: A systematic review (*Efficacité des visites à domicile dès la petite enfance pour prévenir la violence : examen systématique*)	2006
The effectiveness of school-based interventions in reducing adolescent risk behaviours: A systematic review (*Efficacité des interventions scolaires visant à réduire les comportements à risque chez les adolescents : examen systématique des études**)	2005
Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries (*Examen des preuves relatives à des d'interventions visant à prévenir les caries dentaires, les cancers de la bouche et du pharynx ainsi que les lésions craniofaciales faites pendant le sport*)	2005
Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood : A systematic review (*Privation sociale et prévention des blessures non intentionnelles chez l'enfant : examen systématique*)	2005
Optimal duration of exclusive breastfeeding (*Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif*)	2002
Community-based interventions to improve child mental health: review of reviews* (*Interventions communautaires visant l'amélioration de la santé mentale : examen des études*)	2002
The effectiveness of school social work from a risk and resilience perspective (*Efficacité du service social scolaire en matière de risque et de résilience*)	2002
The effectiveness of school-based violence prevention programs for children at risk (*Efficacité des programmes de prévention de la violence en milieu scolaire pour les enfants à risque*)	2002
The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women * (*Efficacité des interventions du système de santé publique pour réduire ou éviter la violence conjugale faite aux femmes*)	2001
The effectiveness of the health promoting schools approach and school-based health promotion interventions (*Efficacité de l'approche de promotion de la santé adoptée par les écoles et des interventions scolaires de promotion de la santé*)	2001
Support for breastfeeding mothers (*Soutien aux mères qui allaitent*)	2001

Effectiveness of pre-school screening for hearing, speech, language and vision (*Efficacité du dépistage prescolaire des problèmes auditifs, visuels, de la parole, du langage*)	2001
Antenatal education for childbirth/parenthood (*Éducation prénatale sur l'accouchement/la condition de parent*)	2001
Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health (*Programmes de formation destinés aux parents et visant l'amélioration de la santé psychosociale de la mère*)	2001
Effectiveness of a telephone intervention as a delivery strategy within the scope of public health nursing practice (*Efficacité de l'intervention par téléphone en tant que stratégie de prestations dans le cadre de services infirmiers de la santé publique*)	2000
Effectiveness of video for health education (*Efficacité des vidéos dans l'éducation en matière de santé*)	2000
The effectiveness of postpartum smoking relapse prevention strategies: A systematic review of the evidence 1992-1999* (*Efficacité des stratégies de prévention de rechute postnatale du tabagisme : étude systèmatique des preuves publiées de 1992 à 1999*)	2000
Promotion of healthy feeding in infants under one year of age (*Promotion de l'alimentation saine chez les enfants de moins d'un an*)	2000
Smoking cessation during pregnancy (*Le sevrage du tabac pendant la grossesse*)	1999
Effectiveness of school-based programs in reducing adolescent risk behaviour: A systematic review (*Efficacité des interventions scolaires visant à réduire les comportements à risque chez les adolescents : examen systématique des études**)	1999
A systematic review of the effectiveness of peer/paraprofessional 1:1 interventions targeted towards mothers (parents) of 0-6 year old children * (*Examen systématique de l'efficacité des interventions menées avec un pair ou un auxilliaire et ciblant les mères (parents) d'enfants de 0 à 6 ans*)	1999
Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child health/development outcomes * (*Efficacité des groupes d'éducation familiale faisant intervenir des professionnels et visant à améliorer les résultats de santé/développement de l'enfant et du parent*)	1999
The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions to clients in prenatal and postnatal period: A systematic review (*Efficacité des visites à domicile en tant que stratégies de prestations dans le cadre de services infirmiers de la santé publique destinés à des personnes en période prénatale ou postnatale : examen systématique*)	1999
The effectiveness of school-based curriculum suicide prevention programs for adolescents * (*Efficacité des programmes de prévention du suicide basés sur le programme scolaire et destinés aux adolescents*)	1999

Maladies infectieuses

Bioterrorism preparedness (Préparation au bioterrorisme)	2003
The effectiveness of needle exchange programs in modifying HIV-Related outcomes: A systematic review of the evidence 1997-1999* (*Efficacité des programmes d'échange de seringues pour modifier les résultats concernant le VIH : étude systèmatique des preuves publiées de 1997 à 1999*)	2000

Lutte contre les maladies infectieuses

The effectiveness of methoprene for controlling mosquito populations in Ontario that can carry West Nile Virus (*Efficacité du méthoprène pour lutter contre les populations de moustiques potentiellement porteurs du virus du Nil occidental*)	2004

Salubrité alimentaire

Effectiveness of food safety interventions * (*Efficacité des interventions en matière de salubrité alimentaire*)	2001
Food safety in community-based settings (*Salubrité alimentaire dans les établissements communautaires*)	1999

Lutte contre l'infection

Effective infection control interventions in day care centres (*Interventions efficaces de lutte contre l'infection en garderie*)	1999

Lutte contre la rage

Salubrité de l'eau

Maladies transmissibles sexuellement

Review and meta-analysis of HIV prevention intervention research for heterosexual adult populations in the United States (*Examen et méta-analyse de la recherche sur l'intervention en matière de prévention contre l'infection au VIH chez les populations hétérosexuelles adultes des États-Unis*)	2005
Effectiveness of video for health education (*Efficacité des vidéos dans l'éducation à la santé*)	2000
A systematic review of the effectiveness of primary prevention programs to prevent sexually transmitted diseases (STDs) in adolescents * (*Examen systématique de l'efficacité des programmes de prévention primaire des maladies transmissibles sexuellement (MTS) chez les adolescents*)	1999
The effectiveness of needle exchange programs in modifying HIV-Related outcomes: A systematic review of the evidence 1997-1999* (*Efficacité des programmes d'échange de seringues pour modifier les résultats concernant le VIH : étude systématique des preuves publiées de 1997 à 1999*)	1999

Lutte contre la tuberculose

Enhancing adherence to tuberculosis treatment (*Amélioration de l'adhésion au traitement de la tuberculose*)	1999

Maladies pouvant être évitées par la vaccination

Vaccines for preventing influenza in healthy children (*Vaccin préventif contre la grippe chez les enfants en bonne santé*)	2006
Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates (*Répercussion des interventions de rappel des patients sur les taux d'immunisation*)	2001
The effectiveness of the health promoting schools approach and school-based health promotion interventions (*Efficacité de l'approche de promotion de la santé adoptée par les écoles et des interventions scolaires de promotion de la santé*)	2001

** Signale une étude effectuée dans le cadre du projet de pratique efficace en santé publique. Nous ajoutons les études et les rapports sommaires sur notre site Web au fur et à mesure de leur publication. Consultez régulièrement le site http://www.hamilton.ca/ephpp pour prendre connaissance des nouvelles ou des mises à jour.*

Table des matières

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres de notre groupe d’examen pour leur participation enthousiaste et la perspicacité de leurs commentaires et suggestions. Il s’agit de :

Joanne Beyers, CM, R-D, Circonscription sanitaire du district de Sudbury

Sandra Fitzpatrick, M.Sc.S, R-D, Santé publique de la région de Peel

Sharon MacKinnon IA, B.Sc. N, B.ESP, Services de santé publique d'Hamilton

Mary-Jo Makarchuk, M.Sc.S, R-D, Bureau de santé publique de Toronto

Ghezal Sabir, R-D, circonscription sanitaire de Middlesex-London

Sandy Skrzypczyk, B.Sc.A, R-D, Services de santé publique d’Hamilton,
Healthy Living Division

Nous voulons également remercier Elena Goldblatt, bibliothécaire des Services de santé publique d’Hamilton et Tom Flemming, chef des services publics de l’Université McMaster, bibliothèque des sciences de la santé, qui nous ont fourni une vaste documentation.

Préface

La Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé a publié les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (LDTPSSO) en décembre 1997. Bien que cet ouvrage serve de guide à une grande diversité d'organisations sanitaires publiques de l'Ontario, la solidité des preuves de plusieurs de ces lignes directrices n'a pas été résumée de manière systématique. Le projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) met sur pied et réalise l'examen systématique de l'efficacité des interventions en santé publique au Canada. Nos examens récapitulent les meilleures des preuves existantes concernant les pratiques de santé publique. Les preuves de recherche sont l'un des éléments d'information essentiels pour éclairer la prise de décision en matière de santé publique. D'autres facteurs comme l'environnement local, les priorités locales et les ressources disponibles jouent également un rôle important.

Les examens sont effectués par des groupes d'examen dont les membres viennent de l'ensemble du pays. Les sujets d'examen potentiels sont tout d'abord recensés au cours d'un sondage effectué auprès des professionnels et des gestionnaires de santé publique de tout le Canada. Chaque groupe d'examen respecte une approche systématique prévoyant des stratégies de recherche globales ainsi qu'une évaluation qualitative de chaque étude primaire choisie pour faire partie de l'examen.

L'un des principaux objectifs du PPESP est de veiller à ce que l'information soit utile sur le terrain pour les professionnels de la santé. Nous communiquons entre autres avec des médecins hygiénistes et des gestionnaires de programmes afin d'obtenir des spécialistes bénévoles pour examiner les versions préliminaires des rapports.

Le projet PPESP comporte de nombreux avantages. Les professionnels de la santé publique acquièrent des compétences en procédant à des examens systématiques et en prenant mieux conscience du caractère réalisable des pratiques s'appuyant sur des données probantes. Dans le cadre de ce projet, nous avons créé de nouveaux liens avec Collaboration Cochrane. Des examens sont en passe d'être effectués avec les groupes d'examen Cochrane, ce qui les rendra accessibles à la communauté internationale de la santé publique. Enfin, en procurant un cadre éducatif, du soutien et une atmosphère de collaboration propice à l'épanouissement et au partage de la recherche en santé publique, le PPESP a contribué à l'élaboration et à la consolidation d'un réseau canadien de professionnels de la santé publique.

Projet de Pratique Efficace en Santé Publique
Rapport sommaire



Ce rapport sommaire consigne le travail effectué par les auteurs d'un examen systématique. Vous trouverez plus bas les références pour l'ensemble de l'examen. Ce sommaire vise à fournir une vue d'ensemble des conclusions et des répercussions de l'ensemble de l'étude. Pour en savoir plus sur les études individuelles traitées dans cet examen, consultez l'examen lui-même.

Références : Thomas, B.H., Fitzpatrick-Lewis, D., Rideout, L., et Muresan, J. (2008). Quelle est l'efficacité des interventions communautaires ou de soins primaires dans la réduction de l'obésité chez les adultes de l'ensemble de la population? Projet de pratique efficace en santé publique, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

Question : Le nombre de Canadiens souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité a augmenté au cours des dernières années. En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition (ESCC) (Santé Canada, 2007) prévoyait, pour la première fois, une mesure directe de la taille et du poids d'un sous-échantillon de répondants. Cette mesure contraste avec les études passées qui s'appuyaient sur des déclarations faites par les répondants eux-mêmes, ce qui signifie une sous-estimation de la prévalence de l'obésité (Bélanger-Ducharme et Tremblay, 2007; Colman, 2001; Starky, 2005). L'ESCC de 2004 indique que l'IMC de 23,1 % des Canadiens de 18 ans et moins est égal ou supérieur à 30, ce qui signifie qu'ils sont obèses. On estime donc à 5,5 millions le nombre d'adultes obèses dans la société canadienne. Il faut ajouter à ce chiffre les 8,6 millions de Canadiens (36,1 %) en surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9). Conformément à l'article sur la Prévention des maladies chroniques des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé, 1997), les services de santé publique sont tenus de soutenir les stratégies communautaires visant à réduire la prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques d'ici 2010. L'un des résultats consiste explicitement à obtenir pour les Ontariennes et Ontariens un IMC situé entre 20 et 27 kg/m².

Sommaire du contenu de l'examen : Pour être retenues, les études devaient répondre aux six critères suivants. L'étude primaire avait pour objet une intervention concernant les pratiques en santé publique ou en soins primaires. Les programmes de mise en place d'interventions pharmaceutiques (notamment des remèdes à base de plantes médicinales) ou chirurgicales, de régimes hypocaloriques sévères (< 1000 calories par jour), de suppléments ou substituts de repas n'ont PAS été considérés valables. L'intervention a eu lieu dans un pays aux pratiques et aux normes semblables à celles du Canada. Les études concernaient une intervention visant le changement de comportement, les programmes de maintien du poids n'ont donc PAS été retenus et les interventions devaient avoir été effectuées dans un établissement communautaire, y compris des centres de perte de poids ou des établissements de soins primaires. La population cible était des adultes (à partir de 18 ans) en surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9) ou obèses (IMC ≥ 30), sans facteurs de comorbidité (p. ex. maladie cardiovasculaire accompagnée d'une médication, diabète de type II, arthrite, cancer en traitement actif, grossesse, allaitement et

problèmes psychiatriques traités par médicaments sur ordonnance). Les résultats comprenaient le poids, l'IMC ou d'autres mesures relatives au poids. Les études devaient inclure un groupe témoin (essai clinique aléatoire, cohorte ou groupe prospectif avant/après choix du modèle).

Les études ne répondant pas au premier critère ont été exclues de cet examen car, en nécessitant la supervision d'un médecin ou d'un diététiste, elles sortaient du cadre de la santé publique. L'exclusion de populations souffrant de certains problèmes médicaux (critère 4) a été rendue nécessaire pour veiller à ce que ces problèmes ne constituent pas un obstacle à la perte de poids de certains participants à l'étude. Deux analystes ont, chacun de leur côté, noté la pertinence de tous les articles retenus. Les études faisant l'objet d'évaluations contradictoires ont été examinées par une tierce-partie. Les études axées sur les caractéristiques structurelles et communautaires de certains quartiers ou certaines collectivités ont été exclues de cet examen.

Remarques sur la méthode employée pour cet examen : Huit bases de données couvrant la période allant de 1990 à 2007 ont été interrogées pour trouver des études primaires pertinentes. Des journaux approuvés par des collègues et publiés entre janvier et septembre 2007 ont été compilés manuellement. Des listes de références de tous les articles recherchés ont été dressées pour les études valables. La validité et la qualité méthodologique des études primaires ont été évaluées à l'aide de méthodes normalisées. Deux analystes ont noté les articles chacun de leur côté. Les différences ont été discutées et résolues. Des données ont été extraites des études dont la méthodologie était efficace (n = 23) grâce à une méthode normalisée. Un compte-rendu a été présenté.

Les éléments de preuves et les répercussions pour les pratiques et la politique

Les éléments de preuves NE SONT PAS pondérés ou classés en fonction de leur importance.

Éléments de preuve	Répercussions
De nombreuses études primaires présentaient des problèmes de méthodologie.	Les problèmes de méthodologie remettent en question la fiabilité et la validité des résultats.
La sélection est biaisée par les pratiques de recrutement.	Dans de vastes initiatives communautaires, il est possible de compenser le biais de sélection en mettant simultanément en place plusieurs stratégies de recrutement.
Il y avait des échantillons de petite taille, un manque de calcul de la taille des échantillons et un manque d'analyse « en intention de traiter ».	Le calcul de la taille des échantillons et les analyses « en intention de traiter » sont primordiaux pour interpréter les résultats, particulièrement si l'on tient compte des taux apparemment élevés d'abandon.
Il y avait un grand nombre d'abandons.	La compréhension des obstacles à la réalisation des programmes peut apporter des éclaircissements aux taux d'abandon et expliquer les résistances à une alimentation saine et à l'activité physique.
Mauvaise consignation des variables confusionnelles.	Il convient de porter attention à la consignation des variables confusionnelles susceptibles de révéler certains des déterminants sociaux de la santé qui influencent l'obésité.
Les organismes de financement devraient exiger la rigueur méthodologique des recherches qu'ils financent.	
Les pratiques prometteuses : il existe certaines pratiques prometteuses concernant des programmes culturellement significatifs. L'un des programmes qui fonctionnent intègre des animateurs non professionnels en fonction de la communauté culturelle des participants. Certains programmes Internet affichent des résultats prometteurs.	Ces programmes doivent être explorés, et l'accent doit être mis sur l'élaboration et l'évaluation dans un contexte canadien. L'utilisation de diverses formes de soutiens sociaux doit être intégrée aux programmes de perte de poids. Les programmes fructueux doivent faire l'objet d'un suivi à long terme pour déterminer leurs effets dans le temps. Les chercheurs doivent essayer de rassembler des données valables à long terme concernant les finissants et les décrocheurs.
Au mieux, les résultats des interventions individuelles sont modestes.	Des interventions à l'échelon de la population doivent être recensées et explorées. Les organismes de santé publique doivent soigneusement évaluer les caractères applicables et transférables des programmes fructueux dans leur contexte particulier.

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : Aucun renseignement disponible.

Références utilisées pour donner un aperçu de la question :

Bélanger-Ducharme, F. et Tremblay, A. (2007). Prevalence of obesity in Canada (*Prévalence de l'obésité au Canada*). Obesity Reviews, n° 6, p. 183-186.

Santé Canada (2007). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. Ottawa : Sous l'autorité du ministre de la Santé, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada.

Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (Cat. n° 2206557).

Auteure du sommaire : Donna Fitzpatrick-Lewis, M.S.S., Projet de pratique efficace en santé publique, École de soins infirmiers de l'Université McMaster, Hamilton, Ontario, fitzd@mcmaster.ca

Coordonnées :

Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP)

École de soins infirmiers de l'Université McMaster
1685, rue Main Ouest, bureau 302
Hamilton (Ontario) Canada L8S 1G5

Téléphone : 905 525-9140 poste 20470

Télécopieur : 905-529-4184

Courriel : ephpp@mcmaster.ca

Site Web : www.hamilton.ca/ephpp

Contexte

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (LDTPSSO) du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée (1997) établissent des normes devant être respectées par les services de santé publique de la province de l'Ontario. Conformément à l'article sur la Prévention des maladies chroniques des LDTPSSO, les services de santé publique sont tenus de participer à des stratégies communautaires visant à réduire la prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques d'ici 2010. L'un des objectifs explicites consiste à obtenir pour les Ontariennes et Ontariens un IMC situé entre 20 et 27 kg/m².

La prévalence de l'obésité

Le nombre de Canadiens souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité a augmenté au cours des dernières années. En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition (ESCC) (Santé Canada, 2007) prévoyait, pour la première fois, une mesure directe de la taille et du poids d'un sous-échantillon de répondants. Cette mesure contraste avec les études passées qui s'appuyaient sur des déclarations faites par les répondants eux-mêmes, ce qui signifie une sous-estimation de la prévalence de l'obésité (Bélanger-Ducharme et Tremblay, 2007; Colman, 2001; Starky, 2005). L'ESCC de 2004 indique que l'IMC de 23,1 % des Canadiens de 18 ans et moins est égal ou supérieur à 30, ce qui signifie qu'ils sont obèses. On estime donc à 5,5 millions le nombre d'adultes obèses dans la société canadienne. Il faut ajouter à ce chiffre les 8,6 millions de Canadiens (36,1 %) en surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9).

La tendance à la hausse de l'obésité au Canada suit la courbe des autres nations industrialisées. Ainsi que l'établit Flegal (1999) dans son examen des enquêtes systématiques effectuées de 1989 à 1998, l'obésité à augmenté de 5 % au Canada, au Royaume-Uni, en Finlande (uniquement chez les hommes) et en Nouvelle-Zélande tandis qu'une augmentation plus faible était signalée au Brésil, en Australie, en Allemagne, en Israël, aux Pays-Bas, en Chine (uniquement chez les hommes) et en Suède.

De nombreuses méthodes ont été utilisées pour déterminer la surcharge pondérale et l'obésité chez les adultes. Dans le cadre de cet examen, c'est la méthode la plus répandue, soit l'indice de masse corporelle (IMC), qui sera utilisée. L'indice de masse corporelle se calcule en divisant le poids en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Il y a surcharge pondérale lorsque l'IMC va de 25 à 29,9, tandis que l'obésité commence à 30 (WHO, 2000).

Les répercussions de l'obésité sur la santé

Les conséquences négatives de l'obésité sur la santé sont parfaitement connues. Il a été démontré que de nombreuses maladies chroniques étaient liées à l'obésité, qui constitue également un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires (coronaropathie, accident ischémique cérébral), le diabète de type II, la dyslipidémie, l'insulinorésistance, le cancer (des seins, de l'endomètre, du colon, de la prostate, des reins), la maladie vésiculaire, les apnées du sommeil et les autres maladies respiratoires, l'hypertension, l'ostéoporose, les problèmes psychosociaux, l'impotence et les problèmes de fertilité (Colman, 2001; Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2002; Starky, 2005). En outre, l'obésité constitue l'un des cinq facteurs de risque du syndrome métabolique dont on a démontré qu'il augmente les taux de maladies cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux (National Heart Lung and Blood Institute; Disease and Conditions Index, 2007). En 2003, Fontaine, Redden, Wang, Westfall et Allison ont procédé à l'estimation du nombre d'années perdues sur toute une vie à cause de la surcharge pondérale et de l'obésité. Ils en ont conclu que l'obésité réduirait nettement l'expérience de vie, particulièrement chez les jeunes adultes.

Les répercussions économiques de l'obésité

Les recherches concernant les répercussions économiques de la surcharge pondérale et de l'obésité sont rares. Toutefois, on a estimé qu'en 1997, les coûts directs dépassaient 1,8 milliard de dollars sur les 76,6 attribués à la santé. À la même période, le pourcentage du budget consacré à l'obésité n'était que de 2,4 % du coût total des maladies pour toute la société canadienne. L'estimation la plus récente des répercussions économiques de l'obésité au Canada date de 2001. Son coût atteignait alors 4,3 milliards de dollars, soit 2,2 % du total des dépenses de la santé (Bélanger-Ducharme et Tremblay, 2007; Katzmarzyk et Janssen, 2004). Il faut cependant préciser que ces chiffres se basent sur la prévalence des adultes ayant déclaré un IMC supérieur à 30. Ils doivent donc être considérés comme prudents (idem).

Aux États-Unis, on estime que les personnes considérées obèses font grimper les coûts des soins de santé de 36 % et ceux des coûts en médicaments de 77 % par rapport aux personnes dont le poids se situe dans la normale. En ce qui concerne les coûts des soins ambulatoires et des soins d'hospitalisation, l'obésité est associée à une augmentation moyenne de 395 $ par patient et par an. Il convient d'aborder ces chiffres avec précaution, car les probabilités de sous-déclaration peuvent compromettre les effets absolus réels (Sturm, 2002). Le rapport de Sturm suggère que l'obésité semble avoir dépassé les autres risques sanitaires en ce qui concerne les coûts des soins. En comparaison, la dépendance passée ou actuelle au tabac (selon le plus coûteux des deux comportements à risque pour la santé) fait augmenter les coûts des soins de santé de 21 %, et les coûts des médicaments de 28 à 30 % seulement (idem).

La question de la recherche

Cet examen vise à répondre à la question suivante :

Quelle est l'efficacité des interventions communautaires ou de soins primaires dans la réduction de la surcharge pondérale l'obésité chez les adultes de l'ensemble de la population?

Méthodes utilisées

On a procédé à l'examen d'études primaires.

Les recherches documentaires

Les bases de données électroniques suivantes ont été interrogées :

La base de données d'examens systématiques de Cochrane

DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness)

CINAHL

EMBASE

ERIC

MedLine/PUBMED

PsycINFO

Sociological Abstracts

La stratégie de recherche est détaillée à l'annexe 1. Toutes les bases de données ont fait l'objet de requêtes allant de janvier 1990 à septembre 2007. Deux analystes ont épluché chacun de leur côté des références et les résumés pour recenser les articles utiles. Toutes les références sélectionnées par les analystes ont été saisies dans le Gestionnaire de références (édition réseau, version 11). Toutes les références pouvant être utiles ont été récupérées.

Des revues traitant du sujet, approuvées par des collègues et publiées de janvier 2007 à février 2008, ont été compilées manuellement (voir annexe 2). Les articles utiles ont été récupérés et ajoutés à la base de données. Les listes de références des articles récupérés ont été examinées afin d'y rechercher des références pouvant également être utiles.

Des informateurs ont également soumis des articles issus de données non officielles. On a également recherché des rapports et documents utiles sur les sites Web de certains gouvernements (Canada, États-Unis, Grande-Bretagne, Europe et Australie). Ces articles ont été ajoutés à la base de données.

Un certain nombre d'études ont été repérées lors des recherches effectuées pour trouver des études primaires utiles. Les études primaires provenant de ces examens ont été ajoutées à la base de données, et leur validité a été testée. La qualité méthodologique des examens systématiques a été évaluée grâce à la méthode AMSTAR (Shea et coll., 2007). Cette méthode comprend 11 éléments. Elle a été développée à partir de méthodes précédentes, de preuves empiriques et d'avis unanimes émis par des spécialistes. Elle permet de valider le contenu de manière satisfaisante.

Pertinence

Tous les articles sélectionnés à partir de sources multiples ont fait l'objet d'un test de mesure de la pertinence. Pour être valables, les études devaient répondre aux six critères suivants (voir annexe 3, méthode de mesure de la pertinence).

1. L'étude primaire avait pour objet une intervention concernant les pratiques en santé publique ou en soins primaires. Les programmes de mise en place d'interventions pharmaceutiques (notamment des remèdes à base de plantes médicinales) ou chirurgicales, de régimes hypocaloriques sévères (< 1000 calories par jour) ou encore de suppléments ou substituts de repas n'ont PAS été considérés valables.
2. L'intervention a eu lieu dans un pays aux pratiques et aux normes semblables à celles du Canada, soit les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni ou les pays du nord-ouest de l'Europe.
3. Les études concernaient une intervention visant le changement de comportement. Les programmes de maintien du poids n'ont PAS été retenus. Les interventions ont été effectuées dans un établissement communautaire, y compris des centres de perte de poids ou des établissements de soins primaires.
4. La population visée était des adultes (à partir de 18 ans) en surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9) ou obèses (IMC ≥ 30), sans facteurs de comorbidité (p. ex. maladie cardiovasculaire accompagnée d'une médication, diabète de type II, arthrite, cancer en traitement actif, grossesse, allaitement et problèmes psychiatriques traités par médicaments sur ordonnance).
5. Les résultats comprenaient le poids, l'IMC ou d'autres mesures relatives au poids.
6. Les études devaient inclure un groupe témoin (essai clinique aléatoire, cohorte ou groupe prospectif avant/après choix du modèle).

Les études ne répondant pas au premier critère ont été exclues de cet examen car, en nécessitant la supervision d'un médecin ou d'un diététiste, elles sortaient du cadre de la santé publique. L'exclusion de populations souffrant de certains problèmes médicaux (critère 4) a été rendue nécessaire pour veiller à ce que ces problèmes ou les traitements associés ne constituent pas un obstacle à la perte de poids de certains participants à l'étude.

Deux analystes ont noté chacun de leur côté la pertinence de tous les articles retenus. Les études faisant l'objet d'évaluations contradictoires ont été examinées par une tierce-partie.

Les études axées sur les caractéristiques structurelles et communautaires de certains quartiers ou certaines collectivités ont été exclues de cet examen. Raine et coll. (2008) ont récemment effectué un examen de ce sujet en région urbaine.

L'évaluation de la qualité

Le projet de pratique efficace en santé publique a élaboré et testé une méthode d'évaluation de la qualité méthodologique des études primaires en santé publique (Thomas, Ciliska, Dobbins, Micucci, 2004). Cette méthode s'appuie sur les lignes directrices établies par Mulrow, Cook et Davidoff (1997) ainsi que par Jadad et coll. (1996). Elle a été examinée par des spécialistes du domaine, qui lui ont attribué une excellente note (Deeks, Higgins, Altman, 2008). La méthode et le dictionnaire qui l'accompagne peuvent être téléchargés sur notre site Web hamilton.ca/ephpp. Cette méthode prévoit six critères :

- le biais de sélection;
- le biais de répartition;
- les variables confusionnelles;
- l'essai à l'insu;
- les méthodes de collecte des données;
- les rétractations et les abandons.

Ces six critères sont évalués de manière indépendante par deux analystes qui attribuent à chacun l'appréciation « élevée », « modérée » ou « faible » selon les caractéristiques propres à l'étude (voir annexe 4, méthode d'évaluation de la qualité). Une fois la notation des caractéristiques terminée, chaque étude se voit attribuer une note de qualité globale élevée, modérée ou faible. Pour que la qualité d'une étude soit jugée « élevée », la qualité doit être élevée pour les six critères évalués, sans aucun classement faible. La note « modérée » est attribuée si moins de quatre critères sont élevés et un seul est faible. La note « faible » est attribuée si au moins deux critères sont jugés de faible qualité. Deux analystes ont noté chacun de leur côté la qualité des articles retenus. Les différences de notation ont été discutées et résolues.

L'extraction et l'analyse des données

Des données ont été extraites des articles ayant reçu la note « élevée ». Les données sont consignées sous une forme narrative incluant les renseignements sur la conception de l'étude, l'intervention elle-même et les conclusions. Les cadres théoriques qui sous-tendent les interventions ont été consignés afin de définir leurs répercussions sur l'efficacité des interventions et de déterminer le plus prometteur d'entre eux. On a également consigné toutes les conclusions considérées utiles pour le sujet de l'examen, qu'elles soient ou non significatives. Après l'examen des études, une décision a été prise concernant la pertinence d'une méta-analyse.

Les résultats

La figure 1 indique le nombre d'articles concernés par cet examen. La recherche d'études publiées ou non a permis de recenser 6143 articles potentiellement utiles. Deux équipes de membres du PPEPS ont épluché les titres et les résumés, et 431 articles ont été retenus pour subir le test de pertinence. Les articles retenus ont été récupérés et examinés par nos analystes internes et externes. Sur les 431 sélectionnés, 98 articles ont été déclarés pertinents et sont passés en phase d'évaluation de la qualité. La qualité méthodologique de 23 d'entre eux a été jugée « élevée », celle de 51 était « modérée » et les 24 restants étaient de qualité « faible ».

La majorité des 23 études de qualité méthodologique élevée a été effectuée aux États-Unis (18) contre deux au Canada et une en Australie, une au Danemark et la dernière dans sept pays d'Europe. Le classement méthodologique de toutes les études pertinentes est détaillé dans le tableau 1. Des difficultés de classement sont survenues pour un petit nombre de critères. Le critère du biais de sélection se base sur deux points : la probabilité que les personnes sélectionnées soient représentatives de la population cible, et le pourcentage de personnes sélectionnées ayant accepté de participer. Le recrutement des échantillons s'effectuait souvent par l'un ou l'autre des moyens suivants : publicité dans les journaux, publicité sur Internet ou un site Web, distribution d'imprimés publicitaires dans divers établissements potentiellement fréquentés par des personnes représentatives, publicité à la radio ou à la télévision. Lorsqu'un seul de ces moyens était indiqué, on considérait que les personnes n'étaient pas représentatives de la population. Si plusieurs moyens avaient été utilisés, les sujets étaient jugés potentiellement représentatifs de la population. Puisqu'il s'agissait d'échantillons issus de la communauté, il n'existait aucun dénominateur des personnes sélectionnées. Cet élément était donc noté « Inconnu ». Le classement global du biais de sélection de l'étude était classé modéré si les participants étaient potentiellement représentatifs de la population cible et, faible dans le cas contraire.

Il s'est avéré difficile d'évaluer le biais de répartition de ces études. Toutes les études notées de qualité élevée mentionnaient être des essais cliniques aléatoires, mais un petit nombre seulement (22,7 %) contenait une description de la randomisation.

Avant le commencement de l'étude, le groupe d'examen a établi les variables confusionnelles suivantes : race, âge, situation de famille, sexe, statut socio-économique, scolarité, état de santé et IMC ou poids avant l'intervention. Au fur et à mesure de l'évaluation de la présence de variables confusionnelles, il est cependant devenu évident, à quelques exceptions près, que très peu avaient fait l'objet de déclarations. Le sexe, l'âge, l'état de santé (la plupart des études excluaient des participants ayant un problème de santé) et le poids avant l'intervention étaient indiqués dans la plupart des études. La plupart des études se sont vues attribuer un classement élevé en matière de variables confusionnelles si elles mentionnaient l'existence de différences bénignes entre les groupes à l'origine, et ce, même si un petit nombre seulement de variables potentielles avaient été examinées.

Très peu d'études s'appuyaient sur un essai à l'insu des participants ou sur des évaluateurs (*outcome assessors*). Étant donné le type des interventions, il aurait été difficile d'effectuer des essais à l'insu. Il aurait cependant été possible d'avoir recours à des évaluateurs. Seuls 30,43 % des évaluateurs étaient aveugles à l'intervention ou à l'exposition des participants.

Le nombre et les raisons des rétractations et des abandons étaient indiqués dans la plupart des études. Toutes les études ont reçu la note élevée. Par contre, il y avait de grandes différences entre les études en ce qui

concerne la longueur du suivi post-intervention. Nombre d'entre elles proposaient le programme au groupe témoin à la fin de l'intervention avec le groupe expérimental. Nous avons donc décidé d'utiliser les taux de rétractation et d'abandon lors du post-test suivant l'intervention pour appliquer ce critère. Il se trouve malheureusement que les taux de rétractation et d'abandon à cette étape étaient souvent très élevés. De nombreux auteurs ne mentionnaient aucune différence notable entre des variables comme l'âge, le sexe et le poids avant l'intervention des personnes ayant terminé l'intervention et celles des personnes ayant abandonné.

Les analyses utilisées dans les études comportaient des forces et des faiblesses. La plupart d'entre elles recouraient à un traitement statistique d'analyse adapté. Cependant, seules 27,3 % mentionnaient avoir utilisé une d'analyse « en intention de traiter », et ce, malgré les taux élevés d'abandon. Plusieurs auteurs ont procédé à l'analyse finale à partir d'échantillons différents : « intention de traiter », finissants et finissant satisfaisant rigoureusement aux attentes. Très peu d'études (17,39 %) mentionnaient le calcul de la taille de l'échantillon. Il est possible que certaines interventions n'indiquant aucune différence entre le groupe témoin et le groupe expérimental aient compromis l'efficacité statistique à déceler une différence potentielle (erreur de type II).

La cohérence de l'intervention a été mesurée dans la plupart des études (82,61 %). Les participants étaient tenus de consigner l'apport alimentaire et les exercices quotidiens. Ces derniers étaient évalués au hasard par les équipes d'étude. En cas d'interventions prévoyant la participation des sujets à des séances de groupe, les taux de participation étaient indiqués. Ni la co-intervention ni la contamination n'étaient probables dans la plupart des études.

Pour diverses raisons, la méta-analyse des résultats n'a pas été effectuée dans cet examen. Il aurait fallu procéder à une méta-analyse pour chaque intervention (p. ex. les exercices uniquement, la diète uniquement, puis la diète et les exercices). Étant donné que les interventions réelles effectuées dans les huit études basées sur une diète seule et les quatre études prévoyant uniquement des exercices étaient très différentes, la forme du compte-rendu sommaire a été privilégiée. La même difficulté a été expérimentée dans les études prévoyant des interventions avec diète et exercices (n = 11). Non seulement les interventions n'étaient pas normalisées, mais l'importance accordée à la diète ou aux exercices d'une étude à l'autre était inconnue.

Le processus de recherche a permis de trouver un certain nombre d'examens. Sur les 19 recensés, 8 n'étaient d'aucune utilité pour cet examen. Ils concernaient plusieurs interventions exclues à priori : remplacement partiel du repas (Heymsfield, van Mierlo, van der Knaap, Heo, Frier, 2003), intervention chirurgicale et usage de drogues (McTigue et coll., 2003a, 2003b), prévention de la reprise de poids après une perte (Cooper et Fairburn, 2001), hypnose (Kirsch, 1996; Allison et Faith, 1996). La méthode AMSTAR n'a pas pu être appliquée à deux autres articles, des examens narratifs (Kalodner et DeLucia, 1990; Schmitz et Jeffery, 2000).

Le tableau 2 affiche les résultats de l'évaluation de la rigueur méthodologique de 11 examens systématiques grâce à la méthode AMSTAR (Shea et coll., 2007). Aucun examen ne répond aux 11 critères. Dans tous les examens, la liste des études incluses et exclues a fait l'objet d'un classement partiel. Si la plupart d'entre eux donnait la liste des études incluses, un seul donnait celle des études exclues. La consignation de l'évaluation globale de la qualité scientifique des études incluses constituait également un critère rarement satisfait (n = 5). Par conséquent, la qualité scientifique des études incluses n'a pas pu être utilisée dans les conclusions (critère 8). La force de la plupart des examens consistait en l'utilisation de deux analystes évaluant les articles chacun de leur côté, une recherche documentaire exhaustive et le bref exposé des caractéristiques de chacune des études.

Les conclusions des études retenues

Les études de grande qualité méthodologique ont eu recours à un certain nombre de stratégies pour réduire la surcharge pondérale ou l'obésité. Voici une brève description des méthodologies regroupées par stratégies.

Les interventions basées sur la diète et les exercices physiques :

Onze études étaient consacrées à la restriction énergétique et à l'augmentation de l'exercice chez les participants. Elles sont affichées dans le tableau 3A. Au cours d'une intervention de deux ans sur quatre groupes, Wing, Venditti, Jakicic, Polley et Lang (1998) ont comparé l'efficacité de la diète seule, des exercices seuls, de la diète et des exercices ensemble et de l'absence d'intervention chez les participants d'un groupe témoin. Tous les participants avaient des antécédents familiaux de diabète de type II, mais aucun n'était diabétique. Les participants concernés par l'intervention ont participé à des réunions de groupe hebdomadaires pendant les six premiers mois, bimensuelles pendant les six mois suivants, puis à deux cours de perfectionnement de six semaines au cours de la deuxième année. Au bout de six mois, le groupe suivant la diète et celui faisant les exercices et la diète avaient perdu plus de poids ($p < 0,001$) que le groupe faisant uniquement des exercices et que le groupe témoin. Au bout de 24 mois cependant, la perte de poids ne différait pas entre les groupes expérimentaux, même si le groupe suivant la diète plus les exercices accusait une réduction du poids plus importante.

Utter, Nieman, Shannonhouse, Butterworth et Nieman (1998) ont réalisé une étude identique sur une durée de 12 semaines. Après l'intervention, le groupe suivant la diète et celui faisant les exercices et la diète avaient perdu plus de poids ($p < 0,001$) que le groupe faisant uniquement des exercices et que le groupe témoin.

Tate, Wing et Winett (2001) ont comparé l'efficacité d'un programme éducatif de 24 semaines s'accompagnant d'une thérapie comportementale par Internet sous forme de courriels hebdomadaires concernant des interventions comportementales, de l'envoi hebdomadaire en ligne de journaux d'autosurveillance, de rétroaction individuelle régulière et de l'accès à un babillard électronique favorisant l'interaction de groupe. Les résultats ont démontré qu'immédiatement après l'intervention, les participants du groupe de thérapie comportementale avaient perdu plus de poids ($p = 0,07$) que ceux du groupe d'éducation.

Dans une étude plus récente, Tate, Jackvony et Wing (2003) ont effectué la même intervention sur une population de personnes obèses ou en surcharge pondérale susceptibles de développer un diabète de type II. Ils ont également étendu la période d'intervention à un an. Au bout d'un an, les résultats montraient que le groupe de thérapie comportementale accusait une perte de poids plus significative ($p = 0,04$) que celle du groupe d'intervention de base.

Jason, Greiner, Naylor, Johnson et Van Egeren (1991) ont effectué une intervention de trois semaines prévoyant un programme télévisé et un livret d'instructions concernant la perte de poids et l'augmentation de l'exercice. Le groupe d'intervention s'est également inscrit dans un groupe d'entraide hebdomadaire pour la perte de poids. Bien que les participants des deux groupes aient perdu du poids et augmenté les exercices, aucune différence n'a été constatée entre eux à la fin de l'intervention ou au suivi des trois mois. Il est difficile de dire si l'absence de différences entre les groupes est due à la petite taille de l'échantillon ou si elle traduit l'efficacité de l'intervention.

Carels et coll. (2005a) ont basé leur intervention sur le programme LEARN, un programme de perte de poids axé sur le comportement (PPPC), ainsi qu'une approche de soins par paliers au cours de laquelle les participants passent à un traitement plus intensif lorsque les traitements plus doux s'avèrent inefficaces. Les participants ont été répartis au hasard en deux groupes : PPPC (groupe 1) ou PPPC plus approche de soins par paliers (groupe 2). Après six mois d'intervention, la perte de poids des participants du groupe 2 était plus significative ($p < 0,01$), ils faisaient plus d'exercice physique et atteignaient plus fréquemment les objectifs en matière de perte de poids. Après 12 mois, ils continuaient à perdre plus de poids, mais la différence n'était plus aussi significative. Il est possible que ce résultat soit dû à une erreur de type II.

Kiernan, King, Stefanick et Killen (2001) ont mené une étude avec trois groupes de femmes et d'hommes. Le premier groupe a suivi un programme uniquement basé sur une diète. Les participants rencontraient un diététiste chaque semaine pendant trois mois, puis tous les mois pendant les trois mois restants. Le deuxième groupe a subi la même intervention diététique et a suivi des exercices d'aérobie qui pouvait durer jusqu'à 45 minutes, trois fois par semaine pendant quatre mois. Le troisième groupe a servi de groupe témoin et n'a fait l'objet d'aucune intervention. À la fin de l'année, les hommes du groupe qui suivait uniquement la diète accusaient une perte de poids significative ($p < 0,01$), mais moins importante cependant que celle des participants du groupe suivant la diète et les exercices. Les femmes du groupe suivant uniquement la diète et de celui suivant la diète et les exercices ont perdu plus de poids que les participants du groupe témoin, mais aucune différence n'a été remarquée entre les deux groupes d'intervention.

Tanco, Linden et Earle (1998) ont évalué la différence de poids entre les participants des trois groupes : un programme de perte de poids axé sur le comportement ou un programme de traitement cognitif qui ne met pas l'accent sur la diète et un groupe témoin. Il y a eu contamination, car le groupe de thérapie comportementale normalisé a également bénéficié d'un traitement cognitif de quatre semaines. Les participants des deux groupes ont perdu du poids en comparaison au groupe témoin. Aucune différence n'a cependant été relevée entre les groupes d'intervention.

Avila et Howell (1994) ont mis en place un programme de diète et d'exercices de huit semaines destiné à des femmes américano-mexicaines. À la fin du programme, on constatait une baisse importante de l'IMC dans le groupe d'intervention ($p < 0,001$). La tendance s'est maintenue après trois mois de suivi. Il faut toutefois préciser que moins de 50 % des participants ont participé au suivi. La particularité de ce programme consistait en l'attribution d'un « camarade » de soutien à tous les participants à l'intervention.

Poston et coll. (2001) ont testé une intervention culturellement significative de 12 mois basée sur la restriction alimentaire et les exercices, destinée à des femmes américano-mexicaines en surcharge pondérale et s'appuyant sur des réseaux sociaux préétablis. Que ce soit à 6 mois ou à 12 mois, ils n'ont constaté aucune différence entre l'IMC des participants du groupe expérimental et ceux du groupe témoin.

McNabb, Quinn, Kerver, Cook et Karrison (1997) ont mis sur pied le programme PATHWAYS chez des femmes de groupes religieux afro-américains urbains. Ce projet de 14 semaines prévoyait un soutien hebdomadaire pour les participants à l'intervention. Ils étaient également poussés à augmenter le taux d'exercice en pratiquant la marche pendant leur temps libre. À la fin de l'intervention, les participants du groupe PATHWAYS accusaient une perte de poids plus significative ($p < 0,0001$) et pratiquaient plus souvent des exercices physiques que ceux du groupe témoin. Cette intervention est également intéressante en cela qu'elle intégrait des animateurs non professionnels et prévoyait un soutien par le biais d'un jumelage stable et connu.

Les interventions basées sur l'exercice physique :

Quatre études concernaient des interventions uniquement basées sur l'exercice physique. Elles sont affichées dans le tableau 3B.

Dicken-Kano et Bell (2006) ont procédé à l'évaluation d'un programme d'exercices de six mois consistant à fournir aux participants un podomètre et à leur demander d'atteindre un objectif quotidien correspondant au double de leurs pas de base. Même si le groupe expérimental a augmenté son temps de marche par rapport au groupe témoin, aucun des deux n'a accusé une perte de poids. Il se peut que la taille très limitée de l'échantillon de cette étude ait faussé l'efficacité statistique à déceler une différence intergroupe.

Dans le cadre d'une réduction de la masse adipeuse du corps, de la graisse dermique abdominale et de l'IMC, Schmitz et coll. (2007) ont évalué un programme de renforcement de deux ans suivi par des femmes. Au terme de la période, aucune différence intergroupe n'a été relevée dans l'IMC, et les autres changements se sont avérés marginaux.

Au cours d'un essai clinique aléatoire, Jeffery, Wing, Sherwood et Tate (2003) ont évalué un programme de perte de poids de 18 mois axé sur le comportement prévoyant un objectif d'exercice de 1000 kcal ou 2500 kcal par semaine (taux d'activité physique élevé ou TACÉ). Les deux groupes ont accusé une perte de poids. Cependant, la perte de poids du groupe TACÉ s'est avérée plus significative ($p = 0,01$) que celle du groupe à la dépense énergétique (DÉ) plus faible. Tate, Jeffery, Sherwood et Wing (2007) ont effectué le suivi de l'échantillon à 30 mois (12 mois après la fin de l'intervention). Ils n'ont relevé aucune différence intergroupe dans la perte de poids. Plusieurs participants du groupe TACÉ avaient réduit la durée ou l'intensité des exercices physiques. Les chercheurs ont rassemblé les données provenant des deux groupes expérimentaux et les ont regroupées en trois niveaux de DÉ. Ils les ont analysées pour établir le lien entre l'ampleur de l'activité physique et la perte de poids sur le long terme. Ils ont constaté une différence significative dans la perte de poids et la reprise de poids dans le groupe dont les DÉ étaient restaient supérieurs à 2500 kcal par semaine, par rapport aux deux autres groupes. Par ailleurs, les hommes avaient perdu plus de poids que les femmes.

Bond Brill, Perry, Parker, Robinson et Burnett (2002) ont évalué les effets sur la perte de poids de la différence de temps de pratique de l'exercice physique chez des participants suivant une diète hypolipidique. Le suivi effectué après trois mois a démontré que tous les groupes avaient perdu du poids. Il n'existait cependant aucune différence intergroupe significative. La dernière analyse n'inclut que ceux qui avaient respecté le programme d'exercices (63,7 %).

Les interventions basées sur la diète :

Huit études concernaient des interventions uniquement basées sur la restriction alimentaire. Petersen et al. (2006) ont comparé les effets d'une diète hypocalorique et hypolipidique avec une diète hypocalorique cétogène. Au bout de dix semaines, les participants des deux groupes avaient perdu du poids, sans que l'on puisse cependant constater une différence intergroupe.

En utilisant les stratégies de traitement comportemental normalisées, Wing et coll. (1996) ont comparé les résultats de la perte de poids de quatre groupes au bout de 26 semaines. Les participants de tous les groupes devaient suivre une diète de 1000 à 1500 calories par jour et participer à des réunions hebdomadaires pendant six mois pour apprendre plusieurs stratégies comportementales. Le groupe 1 n'a

reçu aucune consigne particulière sur la nature de son alimentation. Le groupe 2 a reçu des menus structurés et une liste d'épicerie. Le groupe 3 a reçu la même chose que le groupe 2, ainsi qu'un carton de nourriture payant. Le groupe 4 a reçu la même chose que le groupe 3, mais la nourriture était gratuite. À la fin de l'intervention et lors du suivi d'un an, les trois groupes expérimentaux accusaient une perte de poids plus significative ($p < 0,003$) que le groupe témoin. On ne constatait cependant aucune différence entre eux.

Dans une étude plus ancienne et bien conçue, Jeffery et coll. (1993) ont comparé quatre différentes méthodes d'approvisionnement alimentaire. Le groupe 1 a fait l'objet d'une thérapie comportementale normalisée (TCN) exclusivement. Le groupe 2 a fait l'objet d'une TCN accompagnée d'aliments à volonté au déjeuner et au repas du midi et d'un menu pour les autres repas. Le groupe 3 a fait l'objet d'une TCN assortie d'une récompense en argent associée au poids perdu. Le groupe 4 bénéficiait de la TCN, des aliments et de la récompense en argent. Le groupe 5, qui était le groupe témoin, recevait la consigne de perdre du poids par ses propres moyens. Au cours de cette intervention de 18 mois, les participants se sont réunis chaque semaine pendant 20 semaines, puis une fois par mois le reste du temps. Les participants des deux groupes disposant de nourriture ont accusé une baisse de l'IMC (p non indiquée) plus significative que les autres groupes. Les incitatifs monétaires n'ont eu aucune répercussion sur la perte de poids.

McMillan-Price et coll. (2006) ont évalué l'efficacité de quatre diètes de différentes charges glycémiques dans la réduction du poids. Tous les participants ont suivi les mêmes diètes hypolipidiques à teneur en fibre modérée, mais dont la proportion de glucides avait été manipulée. Ils ont reçu des menus, tous les aliments importants contenant des glucides et des protéines et quelques repas surgelés. L'analyse « en intention de traiter » indique que tous les groupes ont perdu du poids, mais ne mentionne aucune différence intergroupe. Cependant, le nombre de participants ayant perdu plus de 5 % de leur poids corporel était plus nombreux dans les groupes suivant une diète dont le taux de glycémie était élevé.

Meckling, O'Sullivan et Saari (2004) ont comparé la perte de poids et d'autres facteurs associés au diabète et aux risques cardio-vasculaires chez deux groupes d'adultes en surcharge pondérale ou obèses et en bonne santé auxquels était attribué au hasard une diète hypolipidique ou une diète hypoglucidique. Au bout de dix semaines, les participants des deux groupes avaient perdu du poids, sans que l'on puisse cependant constater une différence intergroupe significative. À cause de la petite taille de l'échantillon et du taux élevé d'abandons au cours des 10 semaines (23 %), il est difficile de détecter une différence intergroupe.

Heshka et coll. (2000, 2003) ont comparé l'efficacité du programme commercial Weight Watchers (WW) avec celle d'un programme d'autothérapie. Les participants devaient suivre le programme pendant une période de deux ans. L'analyse « en intention de traiter » réalisée au bout de la première et de la deuxième année indique que l'IMC des participants au programme Weight Watchers accusait une baisse statistiquement significative. Cette baisse était cependant modeste (IMC -1,1 au suivi des deux ans). Plusieurs autres études testent l'efficacité de Weight Watchers (Rippe et coll, 1998; Bellisle et coll., 2007; Lowe, Miller-Kovach, Frye, Phelan, 1999). Comme elles ne répondaient pas aux critères de qualité méthodologique exigée, elles n'ont pas été prises en compte dans cet examen.

Skov, Toubro, Ronn, Holm et Astrup (1999) et Due, Toubro, Skov et Astrup (2004) ont testé l'efficacité de diètes hyperprotéinées par rapport à des diètes hypolipidiques au cours d'une intervention de 12 mois avec un an de suivi. Pendant les six premiers mois, les participants des deux groupes expérimentaux recevaient gratuitement la nourriture provenant d'un magasin spécialement conçu pour l'étude. Du septième au douzième mois, ils devaient acheter leurs aliments selon des instructions données par des diététistes au

cours de séances comportementales en groupe ayant lieu la deuxième semaine du mois. À la fin des six premiers mois, on a constaté des différences de perte de poids significatives ($p < 0,01$) entre les deux groupes expérimentaux. Le groupe suivant la diète hyperprotéinée accusait une plus grande perte de poids. Aux douzième et vingt-quatrième mois, la perte de poids était la même dans les deux groupes. Le groupe témoin n'a pas été inclus dans le suivi.

Kalodner et DeLucia (1991) ont évalué les effets sur la perte de poids de la thérapie cognitive par rapport à l'éducation nutritionnelle associée à la TCN. Après une intervention de 10 semaines, les participants des quatre groupes avaient perdu du poids. Aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes. La petite taille de l'échantillon (n = 69) et le taux élevé d'abandons (36 %) pourraient cependant avoir provoqué une erreur de type II.

Discussion

Nombre d'études primaires examinées comportaient des limites compromettant leur qualité méthodologique. Ce problème devrait être résolu pour les travaux ultérieurs. En premier lieu, la taille des échantillons était inadaptée ou le calcul de la taille des échantillons était inexistant. Il était donc difficile de savoir si l'absence de différence intergroupe résultait de l'inefficacité de l'intervention ou d'une erreur statistique de type II. Deuxièmement, l'essai à l'insu des évaluateurs était rarement évoqué. Même si des mesures du poids et parfois des exercices (davantage d'auto-évaluation) fiables et valables (raisonnablement objectives) étaient utilisées pour évaluer les résultats, ces études présentaient un risque potentiel de biais indésirable. Troisièmement, l'analyse « en intention de traiter » aurait dû être privilégiée dans toutes les études. C'est particulièrement important dans ce domaine où les études se caractérisent par un grand nombre d'abandons. Il est surprenant qu'un si petit nombre d'auteurs se soient attaqués à ce problème, outre la comparaison des décrocheurs aux finissants. Plusieurs auteurs ont mentionné l'absence de différence significative entre les variables confusionnelles évidentes potentielles des décrocheurs et des finissants (p. ex. âge, sexe, IMC avant l'intervention). Quatrièmement, il était difficile d'établir la portée du biais de sélection. Les auteurs doivent décrire clairement leur population cible, puis recourir à des stratégies permettant de les inclure. Cinquièmement, étant donné la compréhension de l'impact des déterminants sociaux de la santé comme la scolarité, le revenu et la situation de famille, il est surprenant de constater que ces variables confusionnelles potentielles n'étaient que rarement incluses dans l'évaluation des groupes avant l'intervention. Ces lacunes ont empêché de nombreuses études de satisfaire aux critères de qualité méthodologique.

Trois différents types d'intervention ont été pris en compte dans cet examen des interventions communautaires visant à réduire la surcharge pondérale ou l'obésité. Onze études concernaient l'efficacité de la combinaison de la diète et des exercices pour produire une perte de poids. Dans trois études, diverses formes de soutien à la perte de poids ont été fournies, ainsi que des interventions basées sur la diète et les exercices. La seule différence intergroupe résultait du programme PATHWAYS (McNabb et coll., 1997). Cette étude présente un intérêt particulier par rapport aux autres en cela qu'elle intègre des animateurs non professionnels. Dans le cas où l'on voudrait utiliser des ressources, elle expose certaines implications. Trois des études visaient des groupes faisant l'objet d'interventions exclusivement basées sur une diète, des interventions exclusivement basées sur des exercices et des interventions basées sur les deux ainsi qu'un groupe témoin (Utter et coll, 1998; Kiernan et coll., 2001; Wing et coll., 1998). Deux études font mention de différences à court terme entre le groupe suivant la diète et le groupe faisant des exercices et

les autres groupes. La troisième rapporte des différences à court terme (six mois). Cependant, au bout de 24 mois, les différences ont disparu.

Des interventions culturellement significatives ont été réalisées dans deux études (Poston et coll., 2001; Avila et Howell, 1994). Seule l'étude d'Avila et Howell signale des changements. Celle qui rapporte une absence de différence souffre de défauts méthodologiques.

Quatre études ont eu recours à un programme de perte de poids axé sur le comportement (PPPC) (Tate et coll., 2001, 2003; Carels et coll., 2005a; Kalodner et DeLucia, 1991). Deux études ont eu recours à Internet pour dispenser le programme pendant 6 et 12 mois respectivement (Tate et coll., 2001; 2003). Toutes deux ont été bien conçues et bien réalisées, et toutes deux ont rapporté des différences de perte de poids significatives. Une autre étude concernait un PPPC et une approche de soins par paliers (Carels et coll.). Bien que des différences intergroupes aient été constatées au suivi des 6 mois, elles avaient disparu à 12 mois. Le PPPC et la thérapie cognitive ont tous deux été explorés dans une autre étude (Kalodner et DeLucia). Les deux groupes accusaient une perte de poids plus importante que le groupe témoin, mais aucune différence n'était relevée dans les résultats entre les deux interactions. Il est peu probable que certaines des différences significatives le soient du point de vue clinique.

Des interventions exclusivement basées sur des exercices physiques ont été évaluées dans quatre des études. Trois d'entre elles mentionnaient l'absence de perte de poids (Bond Brill et coll., 2002; Dicken-Kano et Bell, 2006; Schmitz et coll., 2007}. La quatrième étude prévoyait que tous les sujets suivent la même diète. Le groupe expérimental a été soumis à un taux élevé d'activité physique tandis que le groupe témoin diminuait son activité. À la fin du programme, les participants faisant beaucoup d'activités physiques avaient perdu plus de poids que ceux du groupe témoin. Cependant, lors du suivi effectué un an après la fin du programme, aucune différence intergroupe n'était notée dans l'IMC des participants ou dans l'activité physique. L'analyse des résultats des participants en fonction de l'intensité d'activité physique a révélé que ceux qui avaient continué un entraînement intensif accusaient une perte de poids plus importante que les autres. Ces résultats confirment qu'un taux élevé d'activité physique est nécessaire pour obtenir une perte de poids et la maintenir (Jeffery et coll., 2003).

Huit des études à la qualité méthodologique élevée concernaient des interventions exclusivement basées sur la restriction alimentaire. Plusieurs études (n = 5) comparaient différentes sortes de restrictions énergétiques (p. ex. diètes hypolipidiques et hypocaloriques associées aux mêmes restrictions énergétiques, alimentation hypolipidique et hypoglucidique, différences dans les proportions de glucides et de protéines, comparaison de la diète hypocalorique de Weight Watchers avec un groupe témoin) (McMillan-Price et coll., 2006; Meckling et coll., 2004; Petersen et coll., 2006; Due et coll., 2004; Jeffery et coll., 1993; Heshka et coll., 2000). Seule la diète hypolipidique et hyperprotéinée a provoqué une réduction du poids à court terme. Le projet a duré six mois. Aucune différence intergroupe n'a été constatée aux douzième et vingt-quatrième mois. Le programme Weight Watchers a entraîné une perte de poids significative sur deux ans.

Deux autres études concernaient une stratégie de traitement comportemental et différentes méthodes ou différents incitatifs prévoyant un approvisionnement en nourriture et des menus. L'approvisionnement en nourriture et les menus sans approvisionnement ont entraîné une perte de poids plus importante que les incitatifs monétaires (Wing et coll., 1996). À la fin des interventions, les résultats se sont avérés significatifs. Un suivi de plus longue durée est nécessaire pour déterminer les effets à long terme de ces

programmes, étant donné qu'il est peu probable que l'approvisionnement en nourriture soit continu. La seconde étude (Jeffery et coll., 1993) indiquait que l'approvisionnement en nourriture est plus efficace que les incitatifs monétaires pour améliorer la perte de poids.

La dernière étude comparait la TCN à la thérapie cognitive associée et à l'éducation nutritionnelle (Kalodner et DeLucia, 1991). Cette étude recèle cependant plusieurs défauts méthodologiques. Aucune différence dans la perte de poids n'a été constatée à la fin de l'intervention. Globalement, les interventions exclusivement basées sur une diète ont donné au mieux des résultats modestes. De nombreuses études n'ont mentionné aucune différence après l'intervention.

Les résultats concernant l'efficacité de la diète associée aux exercices pour réduire le poids sont partagés. La surcharge pondérale et l'obésité constituent des enjeux complexes qui sont influencés par de nombreux facteurs. Au mieux, les interventions menées à l'échelon individuel produisent des résultats modestes. Il est possible que les professionnels de la santé, les décideurs et les chercheurs doivent recadrer le problème. L'une des avenues possibles consiste à adopter une approche axée sur la population et à explorer les effets des déterminants sociaux de la santé en son ensemble, notamment l'influence des revenus, du sexe, de l'alimentation saine et de l'activité physique sur la surcharge pondérale ou l'obésité.

La rigueur méthodologique des examens systématiques recensés montrait quelques limites lors de l'évaluation grâce à une méthode normalisée. Plus particulièrement, ils doivent indiquer les études exclues comme celles prises en compte dans les résultats et évaluer de manière éclairée la rigueur méthodologique des études primaires retenues. La mise à jour du manuel Cochrane qui sera publié sous peu prévoit une méthode d'évaluation des risques de biais dans les études primaires qui pourrait être utilisée dans cette optique.

Conclusion

Les répercussions pour la pratique

Malheureusement, les répercussions pour la pratique découlant de cet examen ne sont pas claires. Il n'existe aucune démonstration solide de l'efficacité des programmes de réduction de la surcharge pondérale ou de l'obésité en établissements communautaires ou en établissement de soins primaires. Certaines interventions ont montré leur efficacité dans une étude, mais n'ont pas été répétées. Des constats plus précis pour la pratique ressortent cependant de cette étude.

- L'approvisionnement en nourriture ou la diffusion de menus peut s'avérer efficace à court terme. Bien qu'il ne soit pas possible d'envisager l'approvisionnement en nourriture à long terme, il peut être utile de prévoir des menus précis.
- L'une des études indique qu'un taux élevé d'activité physique accentue la perte de poids sur une période de 30 mois. De nombreuses personnes n'ont cependant pas été en mesure de poursuivre le programme d'exercice sur de longues périodes. Il serait utile de rendre public des moyens de faire de l'exercice de manière économique et facilement accessible. Il est nécessaire de procéder à une évaluation formelle de ces types d'intervention.
- Bien qu'il faille procéder à l'évaluation à long terme des effets du soutien social sur la perte de poids, il faudrait prévoir différentes formes de soutien dans les programmes à cet effet.
- Il faudrait encourager les interventions associant la diète ou l'alimentation saine et l'exercice physique.

Les répercussions pour la recherche

- Les défauts méthodologiques relevés dans plusieurs de ces études devront être corrigés dans les prochains travaux. Ils nous ont empêchés de savoir si l'absence d'effets découle du programme ou de la mauvaise qualité méthodologique.

  Le calcul des échantillons de petites taille et les analyses « en intention de traiter » sont essentiels pour que les autres chercheurs puissent interpréter les résultats des études, particulièrement si l'on tient compte des taux apparemment élevés d'abandon.
- Les obstacles à la réalisation des études doivent être explorés au plus tôt, car il est possible qu'il existe également des résistances à l'alimentation saine et à l'activité physique.
- Il faut élaborer et tester des stratégies d'amélioration de l'engagement des participants pour réduire les taux d'abandon.
- Les méthodes par Internet sont très prometteuses et devraient être évaluées dans le contexte canadien.
- Étant donné les répercussions des déterminants de la santé (statut économique, emploi, situation de famille) sur la santé en général et probablement sur le poids et la perte de poids, il serait utile que les études donnent plus de détails sur le profil démographique des participants et sur de ceux qui se rétractent ou abandonnent.
- Les programmes qui fonctionnent devraient prévoir un suivi de longue durée pour que l'on puisse connaître leur effet à long terme. Les chercheurs doivent essayer de rassembler des données valables à long terme concernant les finissants et les décrocheurs.
- Il faut porter plus d'attention aux programmes culturellement significatifs basés sur la diète et les exercices. Bien que le recours à des animateurs non professionnels semble prometteur, son rapport coût-avantage doit être soigneusement évalué dans le contexte canadien.
- Les organismes de financement devraient exiger une meilleure méthodologie des études qu'ils financent dans ce domaine. Ils devraient également exiger la collecte des données concernant tous les déterminants sociaux de la santé des groupes étudiés.

Les répercussions pour la politique

- Les organismes de santé publique doivent soigneusement évaluer les caractères applicables et transférables des programmes fructueux dans leur contexte particulier.
- Étant donné les résultats modestes des interventions individuelles, il est nécessaire de recenser et d'explorer les interventions sur la population.

Cette étude récapitule la documentation approuvée par des collègues concernant l'efficacité des programmes communautaires pour réduire la surcharge pondérale ou l'obésité. Certaines interventions sont efficaces à court terme. Des évaluations à plus long terme devraient être effectuées. Certaines autres semblent n'avoir aucun effet sur le poids. En fait, s'il semble difficile de perdre du poids, il n'en reste pas moins que la surcharge pondérale et l'obésité favorisent les maladies chroniques, et qu'il est impératif de poursuivre la recherche d'interventions efficaces tant à l'échelon individuel qu'à celui de la population.

Liste des références

Agras, W. S., Taylor, C. B., Feldman, D. E., Losch, M. et Burnett, K. F. (1990). Developing computer-assisted therapy for the treatment of obesity (*Élaboration d'une thérapie assistée par ordinateur pour le traitement de l'obésité*). Behavior Therapy, nº 21, p. 99-109.

Allison, D. B. et Faith, M. S. (1996). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: A meta-analytic reappraisal (*L'hypnose en renfort de la psychothérapie cognitivo-comportementale pour l'obésité : réévaluation méta-analytique*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, nº 64, p. 513-516.

Andersen, R. E., Wadden, T. A., Bartlett, S. J., Zemel, B., Verde, T. J., et Franckowiak, S. C. (1999). Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women (*Comparaison d'un style de vie actif avec des exercices structurés d'aérobique chez les femmes obèses*). Jama: The Journal of the American Medical Association, nº 281, p. 335-340.

Annesi, J. J. (2000). Effects of minimal exercise and cognitive behavior modification on adherence, emotion change, self-image and physical change in obese women (*Effets de l'exercice et d'un changement minime du comportement cognitif sur l'adhésion, le changement psychologique, l'image de soi et les changements physiques chez la femme obèse).* Perceptual and Motor Skills, nº 91, p. 322-336.

Avenell, A., Brown, T. J., McGee, M. A., Campbell, M. K., Grant, A. M., Broom, J. et coll. (2004). What interventions should we add to weight reducing diets in adults with obesity? A systematic review of randomized controlled trials of adding drug therapy, exercise, behaviour therapy or combinations of these interventions (*Quelles interventions ajouter aux régimes d'amaigrissement destinés aux adultes obèses? Étude systématique d'essais cliniques comparatifs aléatoires)* [examen] [75 références]. Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association, nº 17, p. 293-316.

Avila, P. et Howell, M. F. (1994). Physical activity training for weight loss in Latinas: A controlled trial (*Formation à l'activité physique pour la perte de poids de femmes latinos : essai comparatif*). International Journal of Obesity, nº 18, p. 476-482.

Bellisle, F., Dalix, A. M., De Assis, M. A., Kupek, E., Gerwig, U., Slama, G. et coll. (2007). Motivational effects of 12-week moderately restrictive diets with or without special attention to the glycaemic Index of foods (*Effets stimulants de diètes modérément restrictives de 12 semaines avec ou sans attention à l'index glycémique des aliments*). The British Journal of Nutrition, nº 97, p. 790-798.

Bélanger-Ducharme, F. et Tremblay, A. (2007). Prevalence of obesity in Canada (*Prévalence de l'obésité au Canada*). Obesity Reviews, nº 6, p. 183-186.

Bolognesi, M., Nigg, C. R., Massarini, M. et Lippke, S. (2006). Reducing obesity indicators through brief physical activity counseling (PACE) in Italian primary care settings (*La réduction des indicateurs de l'obésité grâce à de brèves consultations sur l'activité physique dans des établissements italiens de premiers soins*). Annals of Behavioral Medicine, nº 31, p. 179-185.

Bond Brill, J. B., Perry, A. C., Parker, L., Robinson, A. et Burnett, K. (2002). Dose - response effect of walking exercise on weight loss. How much is enough? (*Effet dosage/réponse de la marche sur la perte de poids. Quelle est la quantité suffisante?*). International Journal of Obesity, nº 26, p. 1484-1493.

Boschi, V., Siervo, M., Nasti, G., Trapanese, E., D'Orsi, P., Augelli, E. et coll. (2002). Interdisciplinary treatment of a female outpatient population. Organizational model and preliminary results (*Traitement interdisciplinaire d'une population féminine externe*. *Modèle organisationnel et résultats préliminaires*). Eating and Weight Disorders: EWD, nº 7, p. 268-275.

Byrne, N. M., Meerkin, J. D., Laukkanen, R., Ross, R., Fogelholm, M. et Hill, A. P. (2006). Weight loss strategies for obese adults: Personalized weight management program vs. standard care (*Stratégies de perte de poids pour adultes obèses : programme personnalisé de perte de poids contre soins normalisés*). Obesity, nº 14, p. 1777-1788.

Campbell, W. W., Barton, M. L., Cyr-Campbell, D., Davey, S. L., Beard, J. L., Parise, G. et coll. (1999). Effects of an omnivorous diet compared with a lactoovovegetarian diet on resistance-training-induced changes in body composition and skeletal muscle in older men (*Comparaisons des effets d'une diète omnivore avec une diète lacto-ovo végétarienne sur les changements induits par la résistance à l'entraînement dans la composition du corps et les muscles du squelette chez les hommes âgés*). The American Journal of Clinical Nutrition, nº 70, p. 1032-1039.

Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Douglass, O. M., Harper, J., Kaplar, M. E. et coll. (2005b). Applying a stepped-care approach to the treatment of obesity (*Recours à une approche de soins par paliers dans le traitement de l'obésité*). Journal of Psychosomatic Research, nº 59, p. 375-383.

Carels, R. A., Darby, L. A., Douglass, O. M., Cacciapaglia, H. M. et Rydin, S. (2005a). Education on the glycemic index of foods fails to improve treatment outcomes in a behavioral weight loss program (*Rôle de l'éducation sur l'index glycémique des aliments pour l'amélioration des résultats du traitement dans un programme comportemental de perte de poids*). Eating Behaviors, nº 6, p. 145-150.

Carels, R. A., Darby, L., Cacciapaglia, H. M., Konrad, K., Coit, C., Harper, J. et coll. (2007). Using motivational interviewing as a supplement to obesity treatment: A stepped-care approach (*L'entrevue de motivation comme complément du traitement de l'obésité : approche de soins par paliers*). Health Psychology, nº 26, p. 369-374.

Ciliska, D. (1998). Evaluation of two nondieting interventions for obese women (*Évaluation de deux interventions sans diète destinées aux femmes obèses*). Western Journal of Nursing Research, nº 20, p. 119-135.

Colman, R. (2001). Cost of obesity in Ontario (*Coût de l'obésité en Ontario*). Genuine Progress Index: Measuring Sustainable Development, p. 2-49.

Cooper, Z. et Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity (*Une nouvelle approche comportementale cognitive dans le traitement de l'obésité*). Behavior Research and Therapy, nº 39, p. 499-511.

Cousins, J. H., Rubovits, D. S., Dunn, J. K., Reeves, R. S., Ramirez, A. G. et Foreyt, J. P. (1992). Family versus individually oriented intervention for weight loss in Mexican American women (*L'intervention familiale comparée à l'intervention individuelle dans la perte de poids pour des femmes américano-mexicaines*). Public Health Reports, nº 107, p. 549-555.

Dalle Grave, R., Todesco, T., Branderali, A. et Guardini, S. (2004). Cognitive-behavioural guided self-help for obesity: a preliminary research (*Autothérapie cognitivo-comportementale guidée contre l'obésité : recherche préliminaire*). Eating and Weight Disorders: EWD, nº 9, p. 69-76.

Deeks, J. J., Higgins, J. P. T. et Altman, D. G. (2008). Analysing and presenting results (*Analyse et présentation des résultats*). In J.P.T.Higgins et S. Green (Eds.), Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, version 4.2.6.

DeLucia, J. L. et Kalodner, C. R. (1990). An individualized cognitive intervention: Does it increase the efficacy of behavioral interventions for obesity? (*L'intervention cognitive individualisée : renforce-t-elle l'efficacité des interventions comportementales contre l'obésité?*) Addictive Behaviors, nº 15, p. 473-479.

Dennis, K. E., Tomoyasu, N., McCrone, S. H., Goldberg, A. P., Bunyard, L. et Qi, B. B. (2001). Self-efficacy targeted treatments for weight loss in postmenopausal women (*Traitements axés sur l'auto-efficacité pour la perte de poids des femmes en postménopause*). Scholarly Inquiry for Nursing Practice, nº 15, p. 259-276.

Dicken-Kano, R. et Bell, M. M. (2006). Pedometers as a means to increase walking and achieve weight loss (*Les podomètres comme moyens de marcher plus et de parvenir à perdre du poids*). Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM, nº 19, p. 524-525.

Djuric, Z., Uhley, V. E., Depper, J. B., Brooks, K. M., Lababidi, S. et Heilbrun, L. K. (1999). A clinical trial to selectively change dietary fat and/or energy intake in women: The Women's Diet Study (*Étude clinique visant à changer de manière sélective l'ingestion de graisse alimentaire ou d'énergie chez les femmes : étude de la diète des femmes*). Nutrition and Cancer, nº 34, p. 27-35.

Donnely, J. E., Jacobsen, D. J., Heelan, K. S., Seip, R. et Smith, S. (2000). The effects of 18 months of intermittent vs. continuous exercise on aerobic capacity, body weight composition, and metabolic fitness in previously sedentary, moderately obese females (*Comparaison des effets de 18 mois d'exercices intermittents avec 18 mois d'exercices continus sur la capacité aérobique, la composition du poids corporel et la condition métabolique chez des femmes sédentaires et modérément obèses*). International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, nº 24, p. 566-572.

Due, A., Toubro, S., Skov, A. R. et Astrup, A. (2004). Effect of normal-fat diets, either medium or high in protein, on body weight in overweight subjects: A randomised 1-year trial (*Effets des diètes à teneur en gras normale, hyperprotéinée ou à teneur en protéines normale, sur le poids de sujets en surcharge pondérale : étude aléatoire d'un an)*. International Journal of Obesity, nº 28, p. 1283-1290.

Ebbeling, C. B., Leidig, M. M., Feldman, H. A., Lovesky, M. M. et Ludwig, D. S. (2007). Effects of a low-glycemic load vs low-fat diet in obese young adults: A randomized trial (*Effets d'une charge hypoglycémique par rapport à ceux qu'une diète hypolipidique sur de jeunes adultes obèses : essai aléatoire*). Jama: The Journal of the American Medical Association, nº 297, p. 2092-2102.

Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Ganschow, P., Schiffer, L., Wells, A., Simon, N et coll. (2005). Results of a faith-based weight loss intervention for black women (*Résultat d'une intervention basée sur la foi et visant la perte de foi chez des femmes noires*). Journal of the National Medical Association, nº 97, p. 1393-1402.

Flegal, K. M. (1999). The obesity epidemic in children and adults: Current evidence and research issues (*L'épidémie d'obésité chez les enfants et les adultes : résultats actuels et enjeux de la recherche)*. Medicine and Science in Sports and Exercise, nº 31, S509-S514.

Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O. et Allison, D. B. (2003). Years of life lost due to obesity (*La perte des années de vie due à l'obésité*). Jama: The Journal of the American Medical Association, nº 289, p. 187-193.

Foster, G. D., Wyatt, H. R., Hill, J. O., McGuckin, B. G., Brill, C., Mohammed, B. S. et coll. (2003). A randomized trial of a low-carbohydrate diet for obesity (*Essai aléatoire d'une diète hypoglucidique contre l'obésité*). The New England Journal of Medicine, nº 348, p. 2082-2090.

Gappmaier, E., Lake, W., Nelson, A. G., et Fisher A. G. (2006). Aerobic exercise in water versus walking on land: Effects on indices of fat reduction and weight loss of obese women (*Les exercices aérobiques dans l'eau par rapport à la marche : effets sur les indicateurs de réduction de la masse adipeuse et de la perte de poids chez les femmes obèses*). The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, nº 46, p. 564-569.

Gardner, C. D., Kiazand, A., Alhassan, S., Kim, S., Stafford, R. S., Balise, R. S. et coll. (2007). Comparison of the Atkins, Zone, Ornish, and LEARN diets for change in weight and related risk factors among overweight premenopausal women: The A to Z weight loss study: A randomized trial (*Comparaison des diètes Atkins, Zone, Ornish et LEARN pour le changement de poids et facteurs de risque associés chez les femmes préménopausées en surcharge pondérale : étude de la perte de poids de A à Z : essai aléatoire*). Jama: The Journal of the American Medical Association, nº 297, p. 969-977.

Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, T. A. et Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: A systematic review of the literature (*Traitement et prévention de l'obésité : examen systématique de la documentation*). International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, nº 21, p. 715-737.

Golay, A., Eigenheer, C., Morel, Y., Kujawski, P., Lehmann, T. et de Tonnac, N. (1996). Weight-loss with low or high carbohydrate diet? (*La perte de poids : diète hypo ou hyperglucidique?* International Journal of Obesity, nº 20, p. 1067-1072.

Gold, B., Buzzell, P., Leonard, H., Pintauro, S. et Harvey-Berino, J. (2007a). Minimal in-person support as an adjunct to internet obesity treatment (*Le soutien personnel minimal comme complément au traitement de l'obésité par Internet*). Annals of Behavioral Medicine, p. 49-56.

Gold, B. C., Burke, S., Pintauro, S., Buzzell, P. et Harvey-Berino, J. (2007b). Weight loss on the web: A pilot study comparing a structured behavioral intervention to a commercial program (*La perte de poids par Internet : étude pilote comparant une intervention comportementale structurée à un programme commercial*). Obesity, n° 15, p. 155-164.

Green, M. W., Elliman, N. A. et Kretsch, M. J. (2005). Weight loss strategies, stress, and cognitive function: supervised versus unsupervised dieting (*Stratégies de perte de poids, stress et fonction cognitive : diète supervisée et diète non supervisée*). Psychoneuroendocrinology, n° 30, p. 908-918.

Hannum, S. M., Carson, L., Evans, E. M., Canene, K. A., Petr, E. L., Bui, L. et coll. (2004). Use of portion-controlled entrees enhances weight loss in women (*L'utilisation d'apport par portions pour renforcer la perte de poids chez les femmes*). Obesity Research, n° 12, p. 538-546.

Harvey-Berino, J. (1998). The efficacy of dietary fat vs. total energy restriction for weight loss (*L'efficacité de la réduction de gras alimentaire par rapport à la limitation de l'énergie totale dans la perte de poids*). Obesity Research, n° 6, p. 202-207.

Harvey-Berino, J. (1999). Calorie restriction is more effective for obesity treatment than dietary fat restriction (*Dans le traitement contre l'obésité, la restriction calorique est plus efficace que la restriction du gras*). Annals of Behavioral Medicine, n° 21, p. 35-39.

Santé Canada (2007). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. Ottawa : Sous l'autorité du ministre de la Santé, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada.

Hellerstedt, W. L. et Jeffery, R. W. (1997). The effects of a telephone-based intervention on weight loss (*Effets d'une intervention par téléphone sur la perte de poids*). American journal of health promotion: AJHP, n° 11, p. 177-182.

Heshka, S., Greenway, F., Anderson, J. W., Atkinson, R. L., Hill, J. O., Phinney, S. D. et coll. (2000). Self-help weight loss versus a structured commercial program after 26 weeks: A randomized controlled study (*Perte de poids par autothérapie contre programme structuré commercial après six semaines : étude comparative aléatoire*). The American Journal of Medicine, n° 109, p. 282-287.

Heshka, S., Anderson, J. W., Atkinson, R. L., Greenway, F. L., Hill, J. O., Phinney, S. D. et coll. (2003). Weight loss with self-help compared with a structured commercial program: A randomized trial (*La perte de poids grâce à un programme d'autothérapie comparée à celle grâce à un programme commercial structuré : essai aléatoire*). Jama: The Journal of the American Medical Association, n° 289, p. 1792-1798.

Heymsfield, S. B., van Mierlo, C. A. J., van der Knaap, H. C. M., Heo, M. et Frier, H. I. (2003). Weight management using a meal replacement strategy: Meta and pooling analysis from six studies (Structured abstract) (*La gestion du poids grâce à une stratégie de repas-substituts : méta-analyse et analyse en commun de six études [résumé structuré]*). International Journal of Obesity, n° 27, p. 537-549.

Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J. et coll. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? (*Évaluation de la qualité des rapports d'essais cliniques aléatoires : l'essai à l'insu est-il nécessaire?*). Controlled Clinical Trials, n° 17, p. 1-12.

Jakicic, J. M., Wing, R. R., Bulter, B. A. et Robertson, R. J. (1995). Prescribing exercise in multiple short bouts versus one continuous bout: Effects on adherence, cardiorespiratory fitness, and weight loss in overweight women (*L'exercice par petites périodes par rapport à l'exercice en continu : effets sur l'adhésion, la forme cardiorespiratoire et la perte de poids chez les femmes en surcharge pondérale*). International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, n° 19, p. 893-901.

Jakicic, J. M., Winters, C., Lang, W. et Wing, R. R. (1999). Effects of intermittent exercise and use of home exercise equipment on adherence, weight loss, and fitness in overweight women: A randomized trial (*Effets des exercices intermittents et de l'utilisation d'appareils d'exercice sur l'adhésion, la perte de poids et la condition physique de femmes en surcharge pondérale : essai aléatoire*). Jama: The Journal of the American Medical Association, n° 282, p. 1554-1560.

Jakicic, J. M., Marcus, B. H., Gallagher, K. I., Napolitano, M. et Lang, W. (2003). Effect of exercise duration and intensity on weight loss in overweight, sedentary women: A randomized trial (*Effets de la durée et de l'intensité des exercices physiques sur la perte de poids de femmes sédentaires en surcharge pondérale : essai aléatoire*). Jama: The Journal of the American Medical Association, n° 290, p. 1323-1330.

Jason, L. A., Greiner, B. J., Naylor, K., Johnson, S. P. et Van Egeren, L. (1991). A large-scale, short-term, media-based weight loss program (*Programme de perte de poids à large échelle et de courte durée, basé sur les médias*). American journal of health promotion: AJHP, n° 5, p. 432-437.

Jeffery, R. W., Wing, R. R., Thorson, C., Burton, L. R., Raether, C., Harvey, J. et coll. (1993). Strengthening behavioral interventions for weight loss: A randomized trial of food provision and monetary incentives (*Le renforcement des interventions comportementales dans la perte de poids : essai aléatoire de l'approvisionnement alimentaire et des incitatifs monétaires*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, n° 61, p. 1038-1045.

Jeffery, R. W., Hellerstedt, W. L., Simone, A., Baxter, F. et Baxter, J. E. (1995). A randomized trial of counseling for fat restriction versus calorie restriction in the treatment of obesity (*Essai aléatoire de conseils de restriction lipidique par rapport à une restriction calorique dans le traitement de l'obésité*). International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, n° 19, p. 132-137.

Jeffery, R. W., Wing, R. R., Thorson, C. et Burton, L. R. (1998). Use of personal trainers and financial incentives to increase exercise in a behavioral weight-loss program (*Utilisation de formateurs individuels et d'incitatifs monétaires pour augmenter le taux d'exercice dans un programme comportemental de perte de poids*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, n° 66, p. 777-783.

Jeffery, R. W. et French, S. A. (1999). Preventing weight gain in adults: The pound of prevention study (*La prévention de la prise de poids chez les adultes : étude sur le poids de la prévention*). American Journal of Public Health, n° 89, p. 747-751.

Jeffery, R. W., Wing, R. R., Sherwood, N. E. et Tate, D. F. (2003). Physical activity and weight loss: Does prescribing higher physical activity goals improve outcome? (*Activité physique et perte de poids : un taux d'activité physique plus élevé améliore-t-il les résultats?* The American Journal of Clinical Nutrition, n° 78(4), p. 684-689.

Jeffery, R. W., Linde, J. A., Finch, E. A., Rothman, A. J. et King, C. M. (2006). A satisfaction enhancement intervention for long-term weight loss (*Intervention de renforcement de la satisfaction quant à la perte de poids à long terme*). Obesity, n° 14, p. 863-869.

Jones, K. S. et Burkett, L. N. (2002). A comparison of instructional methods for weight loss in women (*Comparaison des méthodes éducatives de perte de poids chez les femmes*). Health Promotion Practice, n° 3, p. 501-506.

Kalodner, C. R. et DeLucia, J. L. (1990). Components of effective weight loss program: Theory, research, and practice (*Éléments d'un programme de perte de poids efficace : théorie, recherche et pratique*). Journal of Counseling and Development, n° 68, p. 427-433.

Kalodner, C. R. et DeLucia, J. L. (1991). The individual and combined effects of cognitive therapy and nutrition education as additions to a behavior modification program for weight loss (*Effets individuels et combinés de la thérapie cognitive et de l'éducation nutritionnelle en tant qu'ajouts à un programme de modification comportementale pour la perte de poids*). Addictive Behaviors, n° 16, p. 255-263.

Katz, D. L., Chan, W., Gonzalez, M., Larson, D., Nawaz, H., Abdulrahman, M. et coll. (2002). Technical skills for weight loss: Preliminary data from a randomized trial (*Compétences techniques pour la perte de poids : données préliminaires à un essai aléatoire*). Preventive Medicine, nº 34, p. 608-615.

Katzmarzyk, P. T. et Janssen, I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: An update (*Les coûts économiques de l'inactivité physique et de l'obésité au Canada : mise à jour*). Revue canadienne de physiologie appliquée, nº 29(1), p. 90-115.

Kennedy, B. M., Paeratakul, S., Champagne, C. M., Ryan, D. H., Harsha, D. W., McGee B. et coll. (2005). A pilot church-based weight loss program for African-American adults using church members as health educators: A comparison of individual and group intervention (*Programme pilote de perte de poids basé sur un groupe religieux, destiné à des adultes afro-américains, et utilisant des membres de la congrégation comme éducateurs en matière de santé : comparaison de l'intervention de groupe et de l'intervention individuelle*) . Ethnicity and Disease, nº 15, p. 373-378.

Kiernan, M., King, A. C., Stefanick, M. L. et Killen, J. D. (2001). Men gain additional psychological benefits by adding exercise to a weight-loss program (*Bénéfices psychologiques pour les hommes de l'ajout d'exercices à leur programme de perte de poids*). Obesity Research, nº 9, p. 770-777.

Kirk, S. F., Harvey, E. L., McConnon, A., Pollard, J. E., Greenwood, D. C., Thomas, J. D. et coll. (2003). A randomised trial of an internet weight control resource: The UK weight control trial [ISRCTN58621669] (*Essai aléatoire d'une ressource de contrôle du poids par Internet : essai de contrôle du poids au R.-U.*). BMC Health Services Research, nº 3, p. 19-22.

Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-reanalysis (*Renforcement par l'hypnose des traitements cognitivo-comportementaux de la perte de poids : nouvelle méta-analyse*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, nº 64, p. 517-519.

Kraus, W. E., Torgan, C. E., Duscha, B. D., Norris, J., Brown, S. A., Cobb, F. R. et coll. (2001). Studies of a targeted risk reduction intervention through defined exercise (STRRIDE) *Études d'une intervention de réduction de risques ciblés par des exercices définis*). Medicine and Science in Sports and Exercise, nº 33, 1774-1784.

Leslie, W. S., Lean, M. E. J., Baillie, H. M. et Hankey, C. R. (2002). Weight management: A comparison of existing dietary approaches in a work-site setting (*La gestion du poids : comparaison des diverses diètes existantes sur un lieu de travail*). International Journal of Obesity, nº 26, p. 1469-1475.

Logue, E., Jarjoura, D. G., Sutton, K. S., Smucker, W. D. et Baughnam, K. R. (2004). Longitudinal relationship between elapsed time in the action stages of change and weight loss (*Étude longitudinale entre le temps consacré aux étapes actives du changement et la perte de poids*). Obesity Research, nº 12, p. 1499-1508.

Lowe, M. R., Miller-Kovach, K., Frye, N. et Phelan, S. (1999). An initial evaluation of a commercial weight loss program: short-term effects on weight, eating behavior, and mood (*Première évaluation d'un programme commercial de perte de poids : effets à court terme sr le poids, le comportement alimentaire et l'humeur*). Obesity Research, nº 7, p. 51-59.

Macera, C. A. (2000). Interventions to increase long-term exercise adherence and weight loss (*Interventions visant à augmenter l'adhésion aux exercices à long terme et la perte de poids*). Sport Medicine Journal Club, nº 10, p. 306.

Marks, B. L., Ward, A., Morris, D. H., Castellani, J. et Rippe, J. M. (1995). Fat-free mass is maintained in women following a moderate diet and exercise program (*Maintien de la masse corporelle maigre chez les femmes suivant une diète modérée et un programme d'exercice*). Medicine and Science in Sports and Exercise, nº 27, 1243-1251.

McManus, K., Antinoro, L. et Sacks, F. (2001). A randomized controlled trial of a moderate-fat, low-energy diet compared with a low fat, low-energy diet for weight loss in overweight adults (*Essai comparatif aléatoire d'une diète à teneur en gras modérée et hypoénergétique comparée à une diète hypolipidique et hypoénergétique pour la perte de poids chez des adultes en surcharge pondérale*). International Journal of Obesity, nº 25, p. 1503-1511.

McMillan-Price, J., Petocz, P., Atkinson, F., O'Neill, K., Samman, S., Steinbeck, K. et coll. (2006). Comparison of 4 diets of varying glycemic load on weight loss and cardiovascular risk reduction in overweight and obese young adults: A randomized controlled trial (*Comparaison des effets de quatre diètes aux charges glycémiques différentes sur la perte de poids et la réduction des risques cardiovasculaires chez de jeunes adultes obèses et en surcharge pondérale : essai comparatif aléatoire*). Archives of Internal Medicine, n° 166, p. 1466-1475.

McNabb, W., Quinn, M., Kerver, J., Cook, S. et Karrison, T. (1997). The PATHWAYS church-based weight loss program for urban African-American women at risk for diabetes (*Le programme PATHWAYS de perte de poids pour femmes de groupes religieux afro-américains susceptibles de développer le diabète*). Diabetes Care, p. 1518-1523.

McTiernan, A., Ulrich, C. M., Yancey, D., Slate, S., Nakamura, H., Oestreicher, N. et coll. (1999). The physical activity for total health (PATH) study: Rationale and design (*L'activité physique pour l'étude de santé totale PATH : justification et modèle)*. Medicine and Science in Sports and Exercise, n° 31, p. 1307-1312.

McTigue, K., Harris, R., Hemphill, M., Bunton, A., Lux, L., Sutton, S. et coll. (2003b). Screening and interventions for overweight and obesity in adults (*Dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes et interventions*). Annals of Internal Medicine, n° 139, p. 933-949.

McTigue, K., Harris, R., Hemphill, M., Bunton, A., Lux, L., Sutton, S. et coll. (2003a). Screening and interventions for overweight and obesity in adults (Provisional record) (Rep. No. 21) (*Dépistage de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les adultes et interventions - dossier provisoire*).

Meckling, K. A., O'Sullivan, C. et Saari, D. (2004). Comparison of a low-fat diet to a low-carbohydrate diet on weight loss, body composition, and risk factors for diabetes and cardiovascular disease in free-living, overweight men and women (*Comparaison des effets d'une diète hypolipidique avec ceux d'une diète hypoglucidique sur la perte de poids, la composition corporelle et les facteurs de risque de diabète et de maladies cardiovasculaires chez des hommes et des femmes en surcharge pondérale vivant en milieu naturel*). The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, n° 89, p. 2717-2723.

Meyers, A. W., Graves, T. J., Whelan, J. P. et Barclay, D. R. (1996). An evaluation of a television-delivered behavioral weight loss program: Are the ratings acceptable? (*Évaluation d'un programme comportemental télévisé de perte de poids : les notes sont-elles acceptables?*) Journal of Consulting and Clinical Psychology, n° 64, p. 172-178.

Direction de la santé publique du ministère de la Santé (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (Cat. n° 2206557).

Mulrow, C. D., Cook, D. J. et Davidoff, F. (1997). Systematic reviews: Critical links in the great chain of evidence (*Examens systématiques : liens essentiels de la grande chaine des preuves*). Annals of Internal Medicine, n° 126, p. 389-391.

Munsch, S., Biedert, E. et Keller, U. (2003). Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice (*Évaluation d'un programme de changement de mode de vie pour le traitement de l'obésité en pratique générale*). Swiss Medical Weekly, n° 133, p. 148-154. National Guideline Clearinghouse (2006). Treatment of obesity.

National Heart Lung and Blood Institute et Disease and Conditions Index (2007). What Is metabolic syndrome? (*Qu'est-ce que le syndrome métabolique?*). U.S. Department of Health et Human Services - National Institute of Health. Consulté le 1er février 2008 dans http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/ms/ms_whatis.html

Neumark-Sztainer, D., Kaufmann, N. A. et Berry, E. M. (1995). Physical activity within a community-based weight control program: Program evaluation and predictors of success (*L'activité physique dans le cadre d'un programme communautaire de contrôle du poids : évaluation du programme et variables explicatives de la réussite*). Public Health Reviews, n° 23, p. 237-251.

Nickols-Richardson, S. M., Coleman, M. D., Volpe, J. J. et Hosig, K. W. (2005). Perceived hunger is lower and weight loss is greater in overweight premenopausal women consuming a low-carbohydrate/high-protein vs high-carbohydrate/low-fat diet (*La faim perçue est plus faible et la perte de poids est plus importante chez des femmes*

préménopausée en surcharge pondérale qui suivent une diète hyperprotéinée et hypoglucidique que chez celles qui suivent une diète hyperglucidique et hypolipidique). Journal of the American Dietetic Association, nº 105, p. 1433-1437.

Noakes, M., Keogh, J. B., Foster, P. R. et Clifton, P. M. (2005). Effect of an energy-restricted, high-protein, low-fat diet relative to a conventional high-carbohydrate, low-fat diet on weight loss, body composition, nutritional status, and markers of cardiovascular health in obese women (*Effets d'une diète limitée en énergie, hyperprotéinée et hypolipidique et d'une diète hyperglucidique et hypolipidique sur la perte de poids, la composition corporelle, l'état nutritionnel et les marqueurs de la santé cardiovasculaire chez les femmes obèses*). The American Journal of Clinical Nutrition, nº 81, p. 1298-1306.

Nordmann, A. J., Normdmann, A., Briel, M., Keller, U., Yancy, W. S., Jr., Brehm, B. J. et coll. (2006). Effects of low-carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials (*Les effets de diètes hypoglucidiques et de diètes hypolipidiques sur la perte de poids et les facteurs de risques cardiovasculaires : méta-analyse d'essais comparatifs aléatoires*). Archives of Internal Medicine, nº 166, p. 285-293.

Ortega, R. M., López-Sobaler, A. M., Andrés, P., Rodríguez-Rodríguez, E., Aparicio, A., Bermejo, L. M. et coll. (2006). Changes in folate status in overweight/obese women following two different weight control programmes based on an increased consumption of vegetables or fortified breakfast cereals (*Changements dans la situation du folate chez des femmes obèses ou en surcharge pondérale qui suivent deux différents programmes de contrôle du poids basés sur l'augmentation de la consommation de légumes ou des déjeuners de céréales enrichies*). The British Journal of Nutrition, nº 96, p. 712-718.

Perri, M. G., Martin, A. D., Leermakers, E. A. et Sears, S. F. (1997). Effects of group versus home-based exercise in the treatment of obesity (*Effets des exercices en groupe et des exercices à la maison dans le traitement de l'obésité*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, nº 65, p. 278-285.

Petersen, M., Taylor, M. A., Saris, W. H. M., Verdich, C., Toubro, S., Macdonald, I. A. et coll. (2006). Randomized, multi-center trial of two hypo-energetic diets in obese subjects: High- versus low-fat content (*Essai multicentrique aléatoire sur deux diètes hypoénergétiques chez des sujets obèses : contenu hyperlipidique et contenu hypolipidique*). International Journal of Obesity, nº 30, p. 552-560.

Petrofsky, J. S., Bonacci, J., Bonilla, T., Jorritsma, R., Morris, A., Hanson, A. et coll. (2004). Effect of a 1-week diet and exercise program on weight and limb girth (*Effets d'une diète et d'un programme d'exercices d'une semaine sur le poids et la circonférence des membres*). The Journal of Applied Research, nº 4, p. 369-379.

Pignone, M. P., Fernandez, L., Orleans, C. T., Pender, N., Woolf, S., Lohr, K. N. et coll. (2003). Counselling to promote a healthy diet in adults: A summary of evidence for the US Preventive Services Task Force (*Sommaire des preuves du groupe de travail états-unien des services de prévention*). American Journal of Preventive Medicine, nº 24, p. 75-92.

Poston, W. S., Haddock, C. K., Olvera, N. E., Suminski, R. R., Reeves, R. S., Dunn, J. K. et coll. (2001). Evaluation of a culturally appropriate intervention to increase physical activity (*Évaluation d'une intervention culturellement significative pour augmenter l'activité physique*). American Journal of Health behavior, nº 25, p. 396-406.

Pritchard, J. E., Nowson, C. A. et Wark, J. D. (1997). A worksite program for overweight middle-aged men achieves lesser weight loss with exercise than with dietary change (*Un programme en milieu de travail destiné à des hommes d'âge moyen en surcharge pondérale provoque une perte de poids inférieure avec de l'exercice qu'avec un changement diététique*). Journal of the American Dietetic Association, nº 97, p. 37-42.

Agence de la santé publique du Canada (2002). Le revenu et le statut social. Consulté le 1er février 2008 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/healthy_dev_partb_1_f.html

Racette, S. B., Schoeller, D. A., Kushner, R. F., Neil, K. M. et Herkubg-Laffaldano, K. (1995). Effects of aerobic exercise and dietary carbohydrate on energy expenditure and body composition during weight reduction in obese women (*Les effets de l'exercice aérobique et des glucides alimentaires sur les dépenses énergétiques et la composition corporelle lors de la réduction du poids chez des femmes obèses*). The American Journal of Clinical Nutrition, nº 61, p. 486-494.

Raine, K., Spence, J., Church, J., Boule, N., Slater, L., Marko, J. et coll. (2008). Examen de l'état des preuves sur la santé en milieu urbain et le poids santé à Ottawa, en Ontario : L'initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Riebe, D., Blissmer, B., Greene, G., Caldwell, M., Ruggiero, L., Stillwell, K. M. et coll. (2005). Long-term maintenance of exercise and healthy eating behaviors in overweight adults (*Maintien à long terme de l'exercice et des comportements d'alimentation saine chez les adultes en surcharge pondérale*). Preventive Medicine, n° 40, p. 769-778.

Rippe, J. M., Price, J. M., Hess, S. A., Kline, G., DeMers, K. A., Damitz, S. et coll. (1998). Improved psychological well-being, quality of life, and health practices in moderately overweight women participating in a 12-week structured weight loss program (*Amélioration du bien-être psychologique, de la qualité de vie et de l'hygiène de vie chez des femmes en surcharge pondérale modérée participant à un programme de perte de poids structuré de 12 semaines*). Obesity Research, n° 6, p. 208-218.

Rothert, K., Strecher, V. J., Doyle, L. A., Caplan, W. M., Joyce, J. S., Jimison, H. B. et coll. (2006). Web-based weight management programs in an integrated health care setting: A randomized controlled trial (*Les programmes de gestion du poids sur Internet dans un établissement de soins intégré : essai comparatif aléatoire*). Obesity, n° 14, p. 266-272.

Rushing, K., Stenhouse, A., Evans, M., Huffman, L. et Bowie, V. (2006). A low-carbohydrate diet versus a low-calorie diet: Poor retention (*Diète hypoglucidique contre diète hypocalorique : faible rétention*). Topics in Clinical Nutrition, n° 21, p. 251-259.

Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M. et Lewis, E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity (*Le choix du traitement comportemental pousse à poursuivre la perte de poids : résultats préliminaires d'un traitement cognitivo-comportemental de l'obésité basé sur la décision*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, n° 67, p. 260-266.

Sbrocco, T., Carter, M. M., Lewis, E. L., Vaughn, N. A., Kalupa, K. L., King, S. et coll. (2005). Church-based obesity treatment for African-American women improves adherence (*Un traitement de l'obésité destiné à des femmes de groupes religieux afro-américains améliore l'adhésion*). Ethnicity and Disease, n° 15, p. 246-255.

Schlundt, D. G., Hill, J. O., Pope-Cordle, J., Arnold, D., Virts, K. L. et Katahn, M. (1993). Randomized evaluation of a low fat ad libitum carbohydrate diet for weight reduction (*Évaluation aléatoire d'une diète hypolipidique avec glucides à volonté dans la réduction du poids*). International Journal of Obesity, n° 17, p. 623-629.

Schmitz, K. H., Hannan, P. J., Stovitz, S. D., Bryan, C. J., Warren, M. et Jensen, M. D. (2007). Strength training and adiposity in premenopausal women: Strong, healthy, and empowered study (*Entraînement musculaire et adiposité chez les femmes préménopausées : étude forte, saine et habilitante).* The American Journal of Clinical Nutrition, n° 86, p. 566-572.

Schmitz, M. K. et Jeffery, R. W. (2000). Public health interventions for the prevention and treatment of obesity (*Interventions en santé publique pour la prévention et le traitement de l'obésité*) The Medical Clinics of North America, n° 84, p. 491-512.

Serra-Majem, L., Roman, B. et Estruch, R. (2006). Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: A systematic review (Provisionnal record). (*Preuves scientiques concernant des interventions recourant à la diète méditerranéenne : examen systématique, dossier provisoire*). In Nutrition Reviews, n° 64., p. S27-S47.

Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C. et Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity (Review) (*Interventions psychologiques concernant la surcharge pondérale ou l'obésité [examen]*). Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2005 Issue 2 John Wiley et Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002 14651858.CD003818.pub2.

Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C. et coll. (2007). Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews (*Élaboration d'AMSTAR : méthode d'évaluation de la qualité méthodologique des examens systématiques*). BMC Medical Research Methodology, n° 7, p. 10.

Skov, A. R., Toubro, S., Ronn, B., Holm, L. et Astrup, A. (1999). Randomized trial on protein vs carbohydrate in ad libitum fat reduced diet for the treatment of obesity (*Essai aléatoire de diète hypolipidique protéinée et de diète hypolipidique avec glucides à volonté dans le traitement de l'obésité*). In International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity, nº 23., p. 528-536.

Starky, S. (2005). The obesity epidemic in Canada (*L'épidémie d'obésité au Canada*) (Rep. No. PRB 05-11E).

Sturm, R. (2002). The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs (*Effets et coûts de l'obésité, du tabac et de l'alcool sur les problèmes médicaux*). Health Affairs, nº 21(2), p. 245-253.

Tanco, S., Linden, W. et Earle, T. (1998). Well-being and morbid obesity in women: A controlled therapy evaluation (*Bien-être et obésité morbide chez les femmes : évaluation comparative de la thérapie*). The International Journal of Eating Disorders, nº 23, p. 325-339.

Tate, D. F., Wing, R. R. et Winett, R. A. (2001). Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program (*L'utilisation de la technologie Internet pour dispenser un programme comportemental de perte de poids*). Jama: The Journal of the American Medical Association, nº 285, p. 1172-1177.

Tate, D. F., Jackvony, E. H. et Wing, R. R. (2003). Effects of Internet behavioral counseling on weight loss in adults at risk for type 2 diabetes: A randomized tria l (*Effets de conseils comportementaux par Internet sur la perte de poids d'adultes susceptibles de développer un diabète de type II : essai aléatoire*). Jama: The Journal of the American Medical Association, nº 289, p. 1833-1836.

Tate, D. F., Jeffery, R. W., Sherwood, N. E. et Wing, R. R. (2007). Long-term weight losses associated with prescription of higher physical activity goals. Are higher levels of physical activity protective against weight regain? (*Pertes de poids à long terme associées à une prescription d'objectifs plus élevés en matière d'exercice physique. Une activité physique plus intensive protège-t-elle de la reprise de poids?*). The American Journal of Clinical Nutrition, nº 85, p. 954-959.

Taylor, C. B., Agras, W. S., Losch, M., Plante, T. G. et Burnett, K. (1991). Improving the effectiveness of computer-assisted weight loss (*Améliorer l'efficacité de la perte de poids assistée par ordinateur*). Behavior Therapy, nº 22, p. 229-236.

Taylor, F. C., Irons, L. J., Finn, P. et Summerbell, C. D. (2003). Controlled clinical trial of two weight reducing diets in a NHS hospital dietetic outpatient clinic - A pilot study (*Essai clinique comparatif de deux diètes de réduction du poids dans une clinique diététique du service national de la santé : étude pilote)*. Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association, nº 16, p. 85-87.

Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M. et Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions (*Processus d'examen systématique de la documentation : fournir la preuve des interventions de recherche des services infirmiers de la santé publique*). Worldviews on Evidence-Based Nursing, nº 1, p. 176-184.

Thompson, W. G., Holdman, N. R., Janzow, D. J., Slezak, J. M., Morris, K. L. et Zemel, M. B. (2005). Effect of energy-reduced diets high in dairy products and fiber on weight loss in obese adults (*Effets d'une diète hypoénergétique riche en produits laitiers et en fibres sur la perte de poids des adultes obèses*). Obesity Research, nº 13, p. 1344-1353.

Truby, H., Baic, S., de Looy, A. E., Fox, K. R., Livingstone, M. B. E., Logan, C. M. et coll. (2006). Randomised controlled trial of four commercial weight loss programmes in the UK: Initial findings from the BBC "diet trials" (*Essai comparatif aléatoire de quatre programmes commerciaux de perte de poids au R.-U. : premières conclusions de l'« essai de diètes » de la BBC*). British Medical Journal, nº 332, p. 1309-1314.

Tsai, A. G. et Wadden, T. A. (2005). Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States (*Examen systématique : évaluation des principaux programmes commerciaux de perte de poids aux États-Unis*). Annals of Internal Medicine, nº 142, p. 56-66, 42

Turnin, M. C., Bourgeois, O., Cathelineau, G., Leguerrier, A. M., Halimi, S., Sandre-Banon, D. et coll. (2001). Multicenter randomized evaluation of a nutritional education software in obese patients (*Évaluation multicentre aléatoire d'un logiciel d'éducation nutritionnelle chez des patients obèses*). Diabetes et Metabolism, n° 27, p. 139-147.

Utter, A. C., Nieman, D. C., Shannonhouse, E. M., Butterworth, D. E. et Nieman, C. N. (1998). Influence of diet and/or exercise on body composition and cardiorespiratory fitness in obese women (*Influence de la diète ou de l'exercice sur la composition du corps et la condition cardiorespiratoire chez les femmes obèses*). International Journal of Sport Nutrition, n° 8, p. 213-222.

Viegener, B. J., Perri, M. G., Nezu, A. M., Renjilian, D. A., McKelvey, W. F. et Schein, R. L. (1990). Effects of an intermittent, low-fat, low-calorie diet in the behavioral treatment of obesity (*Effets d'une diète hypolipidique et hypocalorique dans le traitement comportemental de l'obésité*). Behavior Therapy, n° 21, p. 499-509.

Waller, S. M., Vander Wal, J. S., Klurfeld, D. M., McBurney, M. I., Cho, S., Bijlani, S. et coll. (2004). Evening ready-to-eat cereal consumption contributes to weight management (*La consommation de céréales prêtes à consommer en soirée contribue à la gestion du poids*). Journal of the American College of Nutrition, n° 23, p. 316-321.

Wantland, D. J., Portillo, C. J., Holzemer, W. L., Slaughter, R. et McGhee, E. M. (2004). The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes (*Efficacité des interventions par Internet par rapport à celles n'utilisant pas Internet : méta-analyse des changements comportementaux*). Journal of Medical Internet Research, n °6, p. e40.

Wareham, N. J., van Sluijs, E. M. F. et Ekelund, U. (2005). Physical activity and obesity prevention: A review of the current evidence (*Activité physique et prévention de l'obésité : examen des preuves actuelles*). The Proceedings of the Nutrition Society, n° 64, p. 229-247.

Weinstein, P. K. (2006). A review of weight loss programs delivered via the internet (*Examen des programmes de perte de poids par Internet*). The Journal of Cardiovascular Nursing, n° 21, p. 251-258.

West, J. A. et de Looy, A. E. (2001). Weight loss in overweight subjects following low-sucrose or sucrose-containing diets (*La perte de poids chez des sujets en surcharge pondérale suivant des diètes à faible teneur en saccharose ou contenant du saccharose*). International Journal of Obesity, n° 25, p. 1122-1128.

Wing, R. R., Jeffery, R. W., Burton, L. R., Thorson, C., Sperber-Nissinoff, K. et K.Baxter, J. E. (1996). Food provision vs structured meal plans in the behavioral treatment of obesity (*Approvisionnement alimentaire contre menus structurés dans le traitement comportemental de l'obésité*). International Journal of Obesity, n° 20, p. 56-62.

Wing, R. R., Venditti, E., Jakicic, J. M., Polley, B. A. et Lang, W. (1998). Lifestyle intervention in overweight individuals with a family history of diabetes (*Intervention sur le mode de vie de personnes en surcharge pondérales ayant des antécédents familiaux de diabète*). Diabetes Care, n° 21, p. 350-359.

Wing, R. R. et Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance (*Les avantages du recrutement de participants ayant des amis et de l'augmentation du soutien social pour la perte et le maintien du poids*). Journal of Consulting and Clinical Psychology, n° 67, p. 132-138.

Womble, L. G., Wadden, T. A., McGuckin, B. G., Sargent, S. L., Rothman, R. A. et Krauthamer-Ewing, E. S. (2004). A randomized controlled trial of a commercial internet weight loss program (*Essai clinique aléatoire d'un programme commercial de perte de poids par Internet*). Obesity Research, n° 12, p. 1011-1018.

World Health Organization (WHO) Organisation mondiale de la Santé (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation (*Obésité : prévenir et gérer l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMC*). Organisation mondiale de la Santé, WHO Technical Report Series, p. iii-4.

TABLEAUX

Tableau 1 : Conclusions de l'évaluation de la qualité pour toutes les études pertinentes (n = 98)

Auteur/date	Biais de sélection	Biais de répartition	Variables confusionnelles	Essai à l'insu	Méthodes de collecte des données	Rétractations /abandons	Classement global
(Jason et coll., 1991)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Tate et coll., 2003)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(McMillan-Price et coll., 2006)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Meckling et coll., 2004)	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Modéré	FORT
(Carels et coll., 2005a)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Due et coll., 2004)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Bond Brill et coll., 2002)	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Modéré	FORT
(Wing et coll., 1996)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Poston et coll., 2001)	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	FORT
(Utter et coll., 1998)	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	FORT
(Kiernan et coll., 2001)	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	FORT
(Dicken-Kano et Bell, 2006)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Wing et coll., 1998)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Petersen et coll., 2006)	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	FORT
(Avila et Howell, 1994)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Jeffery et coll., 1993)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Jeffery et coll., 2003)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT

Tableau 1 : Conclusions de l'évaluation de la qualité pour toutes les études pertinentes (n = 98)

Auteur/date	Biais de sélection	Biais de répartition	Variables confusionnelles	Essai à l'insu	Méthodes de collecte des données	Rétractations /abandons	Classement global
(Heshka et coll., 2000)	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	Fort	FORT
(Tate et coll., 2001)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Tanco et coll., 1998)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(McNabb et coll., 1997)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Kalodner et DeLucia, 1991)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	FORT
(Schmitz et coll., 2007)	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Modéré	FORT
(Hellerstedt et Jeffery, 1997)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Jones et Burkett, 2002)	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Kennedy et coll., 2005)	Modéré	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Foster et coll., 2003)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Harvey-Berino, 1999)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Pritchard et coll., 1997)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(DeLucia et Kalodner, 1990)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Womble et coll., 2004)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Ortega et coll., 2006)	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Wing et Jeffery, 1999)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Jeffery et coll., 2006)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ

Tableau 1 : Conclusions de l'évaluation de la qualité pour toutes les études pertinentes (n = 98)

Auteur/date	Biais de sélection	Biais de répartition	Variables confusionnelles	Essai à l'insu	Méthodes de collecte des données	Rétractations /abandons	Classement global
(Sbrocco et coll., 1999)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Modéré	Fort	MODÉRÉ
(Djuric et coll., 1999)	Modéré	Fort	Modéré	Faible	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Ebbeling et coll., 2007)	Modéré	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Jakicic et coll., 2003)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Jakicic et coll., 1999)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Noakes et coll., 2005)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Perri et coll., 1997)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Thompson et coll., 2005)	Modéré	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Ciliska, 1998)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Faible	MODÉRÉ
(Rippe et coll., 1998)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Munsch et coll., 2003)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Waller et coll., 2004)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Faible	Fort	MODÉRÉ
(Logue et coll., 2004)	Modéré	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Bellisle et coll., 2007)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Turnin et coll., 2001)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Nickols-Richardson et coll., 2005)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ

Tableau 1 : Conclusions de l'évaluation de la qualité pour toutes les études pertinentes (n = 98)

Auteur/date	Biais de sélection	Biais de répartition	Variables confusionnelles	Essai à l'insu	Méthodes de collecte des données	Rétractations /abandons	Classement global
(Boschi et coll., 2002)	Modéré	Modéré	Modéré	Modéré	Fort	Faible	MODÉRÉ
(Neumark-Sztainer et coll., 1995)	Modéré	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Faible	MODÉRÉ
(Schlundt et coll., 1993)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Truby et coll., 2006)	Modéré	Fort	Fort	Faible	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Jakicic et coll., 1995)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Dennis et coll., 2001)	Modéré	Fort	Fort	Faible	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Bolognesi et coll., 2006)	Modéré	Fort	Fort	Faible	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Fitzgibbon et coll., 2005)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Jeffery et French, 1999)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Kraus et coll., 2001)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Golay et coll., 1996)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Modéré	Fort	MODÉRÉ
(Gold et coll., 2007b)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(West et de Looy, 2001)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Rothert et coll., 2006)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Faible	MODÉRÉ
(Green et coll., 2005)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Byrne et coll., 2006)	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ

Tableau 1 : Conclusions de l'évaluation de la qualité pour toutes les études pertinentes (n = 98)

Auteur/date	Biais de sélection	Biais de répartition	Variables confusionnelles	Essai à l'insu	Méthodes de collecte des données	Rétractations /abandons	Classement global
(Jeffery et coll., 1998)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Gold et coll., 2007a)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Sbrocco et coll., 2005)	Faible	Modéré	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Gardner et coll., 2007)	Modéré	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Katz et coll., 2002)	Modéré	Fort	Fort	Fort	Fort	Faible	MODÉRÉ
(Hannum et coll., 2004)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Carels et coll., 2005a)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Fort	MODÉRÉ
(Harvey-Berino, 1998)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Modéré	MODÉRÉ
(Cousins et coll., 1992)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE
(Rushing et coll., 2006)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE
(Meyers et coll., 1996)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(Gappmaier et coll., 2006)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(McManus et coll., 2001)	Modéré	Fort	Fort	Faible	Fort	Faible	FAIBLE
(Dalle Grave et coll., 2004)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE
(Jeffery et coll., 1995)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE
(Kirk et coll., 2003)	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	FAIBLE
(Agras et coll., 1990)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Fort	FAIBLE

Tableau 1 : Conclusions de l'évaluation de la qualité pour toutes les études pertinentes (n = 98)

Auteur/date	Biais de sélection	Biais de répartition	Variables confusionnelles	Essai à l'insu	Méthodes de collecte des données	Rétractations /abandons	Classement global
(Viegener et coll., 1990)	Faible	Fort	Fort	Modéré	Faible	Modéré	FAIBLE
(Taylor et coll., 2003)	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE
(Petrofsky et coll., 2004)	Faible	Faible	Modéré	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(Carels et coll., 2005a)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(Andersen et coll., 1999)	Faible	Fort	Modéré	Faible	Fort	Modéré	FAIBLE
(Racette et coll., 1995)	Modéré	Fort	Fort	Faible	Fort	Faible	FAIBLE
(Campbell et coll., 1999)	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Fort	Fort	FAIBLE
(Marks et coll., 1995)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(Taylor et coll., 1991)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(Macera, 2000)	Faible	Fort	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(Leslie et coll., 2002)	Modéré	Fort	Faible	Modéré	Faible	Modéré	FAIBLE
(Donnely et coll., 2000)	Faible	Fort	Faible	Faible	Fort	Faible	FAIBLE
(Riebe et coll., 2005)	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE
(Annesi, 2000)	Faible	Modéré	Faible	Modéré	Fort	Modéré	FAIBLE
(McTiernan et coll., 1999)	Faible	Fort	Modéré	Modéré	Fort	Faible	FAIBLE

TABLEAU 2 : L'application des critères AMSTAR aux examens

	Avenell et coll., (2004)	Tsai et Wadden (2005)	Glenny et coll. , (1997)	Shaw et coll., (2005)	Nordmann et coll., (2006)	McTigue et coll., (2003a)	Pignone, et coll., (2003)	Serra-Majem et coll., (2006)	Wantland et coll., (2004)	Wareham et coll., (2005)	Weinstein (2006)
Modèle a priori	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Réplication de la sélection de l'étude et extraction des données	O	O	N	O	O	O	P	I	I	I	I
Recherche documentaire approfondie	O	N	O	O	O	O	P	P	O	N	P
Statut de l'utilisation de la publication comme critère d'inclusion	O	O	I	O	N	O	I	P	N	I	N
Liste des études retenues et exclues	P	P	P	O	P	P	P	P	P	P	P
Caractéristiques des études individuelles (somme)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Évaluation et documentation de la qualité scientifique des études retenues	O	N	O	O	O	N	N	N	O	N	N
Qualité scientifique des études retenues utilisées de manière adaptée pour établir les conclusions	O	N	O	O	O	N	N	I	O	N	N
Méthodes adaptées pour regrouper les études	O	S.O.	O	O	O	O	O	I	O	N	N
Biais de publication évalué et répertorié	O	O	I	N	O	N	N	I	O	N	N
Conflit d'intérêts établi	O	O	N	O	O	O	N	I	O	N	N

Légende : O = oui; N = non; P = partiellement; I = inconnu; S.O. = sans objet

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Avila et Howell (1994) États-Unis	Essai clinique aléatoire Intervention en anglais et en espagnol. 44 femmes latinophones, adultes en bonne santé, moyenne d'âge de 42 ans; poids moyen de 68,5 kg et IMC de 31,2; 74 % d'entre elles mariées; toutes Américano-mexicaines. Répartition aléatoire entre groupes de diète, d'exercice et témoin. **Source de financement :** non mentionnée.	**Intervention :** *Le groupe expérimental* a suivi pendant huit semaines des séances hebdomadaires d'une heure composées d'éducation nutritionnelle et de stratégies de modification comportementale. « Camarade » assigné. Les participants ont reçu des consignes d'exercices de marche et d'étirement; une diète de 1200 à 1500 calories quotidiennes et des séances d'appels téléphoniques par l'animateur entre les séances. *Le groupe témoin* a participé aux séances hebdomadaires d'éducation sur le cancer et a été inscrit sur la liste d'attente pour une intervention de réduction du poids. **Intégrité de l'intervention :** tous les éléments de l'intervention ont été présentés par la même personne. **Durée de l'intervention :** 10 semaines avec une séance de collecte des données au début et à la fin, nouvelle collecte des données trois mois après l'intervention.	**Résultats :** le principal résultat concerne l'IMC, les autres sont le ratio hanche/taille, le tour de hanche et de taille, les connaissances et l'action concernant l'exercice et à la diète, la pression artérielle et la consommation maximale d'oxygène (VO^2 max, non reportée ici). **Conclusions :** réduction de l'IMC ($p < 0{,}001$); groupe expérimental (-1,4) contre groupe témoin (+1,3). Réduction également du ratio hanche/taille et du tour de hanche et de taille à la fin de l'intervention. Réduction plus importante de l'IMC dans le groupe expérimental et moins importante dans le groupe témoin.	Aucune analyse « en intention de traiter » ni indication d'essai à l'insu des évaluateurs. Réduction significative de l'IMC limitée du point de vue clinique. 44 % des participants du groupe témoin et 47 % de ceux du groupe expérimental ont subi l'évaluation du suivi des trois mois. L'efficacité du soutien provenant de l'animateur et du « camarade » doit être explorée plus avant. Description exhaustive de l'échantillon : âge, situation familiale, profession, situation professionnelle, statut économique, scolarité.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Carels et coll., (2005a) États-Unis	Essai clinique aléatoire 44 adultes obèses sédentaires (IMC ≥ 30) **Source de financement :** non mentionnée.	**Intervention :** les participants étaient répartis en deux groupes. *Groupe 1 :* programme de perte de poids axé sur le comportement (PPPC). *Groupe 2 :* PPPC plus une approche de soins par paliers (les participants passent à un traitement plus intensif lorsque les traitements plus doux s'avèrent inefficaces). Séances hebdomadaires de 75 minutes par très petits groupes pour les deux groupes (PPPC). Le groupe 2 a bénéficié de conseils supplémentaires basés sur des critères a priori. **Intégrité de l'intervention :** Consignation des activités quotidiennes. **Durée :** 24 semaines. Basé sur le programme de perte de poids LEARN.	Collecte des données à 1, 2, 4, 6 et 12 mois. Aucun contact pour le traitement entre le 6e et le 12e mois. Après l'intervention, le groupe 2 accusait une perte de poids plus significative que le groupe 1 (21,1 lb par rapport à 14,6 lb, soit $p < 0,05$), signalait une plus grande activité physique et était plus susceptible d'atteindre ses objectifs de perte de poids prévus par le traitement. Au suivi de 12 mois, le groupe 2 continuait à rapporter une plus grande perte de poids, mais la différence n'était plus significative.	La petite taille de l'échantillon et le taux d'abandon constaté lors de l'évaluation effectuée après intervention et au suivi des 12 mois peuvent avoir faussé l'efficacité statistique à déceler une différence au suivi (erreur de type II).
Jason et coll., (1991) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 58 femmes et 16 hommes répartis de manière aléatoire en deux groupes.	**Intervention :** programme télévisé et livret d'instructions contre la même chose plus des groupes d'autothérapie hebdomadaire. L'assistant de recherche aidait les participants à trouver un groupe d'autothérapie et effectuait le suivi par téléphone pour contrôler la participation aux séances du groupe.	**Résultats :** poids et exercices. Bien que les participants des deux groupes aient perdu du poids, aucune différence intergroupe significative n'a été constatée immédiatement après l'intervention ou au suivi des trois mois.	Il se peut que la petite taille des échantillons ait contribué à l'absence de différence intergroupe. Impossible de dire si les évaluateurs étaient aveugles au groupe de participants.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
	Source de financement : PruCare, Trust Value Hardware Stores et la Chicago Lung Association.	**Intégrité de l'intervention :** journal alimentaire quotidien. **Durée :** 3 semaines.	Un certain nombre d'autres résultats (découragement, attribution physique, motivation, contrôle du stimulus et connaissance de l'énergie) ont été recueillis, mais non consignés ici.	
Kiernan et coll., (2001) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 132 hommes et 132 femmes en préménopause répartis de manière aléatoire dans un groupe avec diète uniquement, un groupe avec diète et exercices et un groupe d'évaluation uniquement. Poids moyen des hommes : 98,4 kg ± 9,8, avec un IMC de 30,6 ± 2,1. Poids moyen des femmes : 74,9 kg ± 7,5 avec un IMC de 28,0 ± 2,3. La moyenne d'âge était de 38,5 ans ± 6,4. La plupart des participants étaient mariés (67,5 %), blancs (88,7 %), avec une scolarité de 16,5 ans ± 2,6. **Source de financement :** National Heart, Lung and Blood Institute des National Institutes of Health.	**Intervention :** *Programme à base de diète uniquement :* cours hebdomadaire pendant trois mois, toutes les deux semaines pendant les trois mois suivants et chaque mois pendant les six mois restants; incitation aux changements alimentaires conformément au programme National Cholesterol Education Séances et programme dirigé par des diététistes. *Programme à base de diète et exercices :* cours séparés, mais identiques et programme supervisé d'exercices aérobiques avec trois rencontres par semaine; augmentation de la durée des exercices à 45 minutes par séance à quatre mois. Le groupe témoin n'a subi aucune intervention, uniquement une évaluation. **Intégrité de l'intervention :** Bon taux de participation pendant toute la durée de l'étude. **Durée de l'intervention :** 1 an.	**Résultats :** poids et IMC mesure des préoccupations alimentaires, de la dépression, de l'anxiété et du stress perçu. **Conclusions :** chez les hommes : le principal effet du programme est significatif ($p < 0,01$); les hommes des groupes avec diète et avec diète plus exercices ont perdu plus de poids que ceux du groupe témoin et ceux du groupe avec diète plus exercice en ont perdu plus que ceux du groupe avec diète seulement chez les femmes : le programme type s'est avéré efficace ($p < 0,01$), mais aucune différence n'a été relevée entre le groupe avec diète seulement et le groupe avec diète plus exercices.	Analyse « en intention de traiter » réalisée. Impossible de dire si la collecte de données était aveugle. La manière dont les exercices ont été prescrits ou supervisés n'est pas claire. L'étude examinait également les effets des interventions sur l'anxiété, la dépression et le stress perçu. Elle conclut que le programme n'a eu aucun effet sur ces éléments ni chez les hommes ni chez les femmes. Les hommes du groupe avec exercices et diète ont signalé une augmentation de la modération et une baisse de la désinhibition et de la faim.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
McNabb et coll., (1997) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 39 femmes recrutées dans trois églises afro-américaines en milieu urbain, et réparties de manière aléatoire pour suivre un programme de perte de poids de 14 semaines (PATHWAYS) ou pour faire partie du groupe de contrôle (en liste d'attente pour le programme); moyenne de poids de 198 lb ± 27,9 et IMC moyen 33,5 ± 3,28. **Source de financement :** National Institutes of Diabetes, Digestive and Kidney Diseases.	**Intervention :** Programme PATHWAYS : rencontres hebdomadaires de 1 h 30 en petits groupes avec exposés limités; séances tenues dans les églises fréquentées par les femmes (établissement familier avec groupe de pairs stable); recours aux principes andragogiques, contenu comportemental et sujets socio-culturels adaptés aux femmes afro-américaines; établissement des objectifs et définition des problèmes; les femmes apprenaient à analyser les habitudes alimentaires et devaient perdre de 0,5 à 1 lb par semaine mais elles établissaient leurs propres objectifs; on leur a appris à commencer un programme d'exercices autonome, comme la marche. **Intégrité de l'intervention :** des animateurs non professionnels issus de la communauté religieuse ont dispensé le programme après une formation de neuf heures sur le programme PATHWAYS; des membres du personnel de recherche ont participé aux séances pour faire des commentaires aux animateurs. Journaux alimentaires et journaux d'exercices tenus par les participants. **Durée de l'intervention :** 14 semaines.	**Résultats :** les principaux résultats concernaient le poids et l'IMC, ainsi que le tour de taille et l'indice de comportement de perte de poids de PATHWAYS (*Weight Loss Behaviour Index*). **Conclusions :** les sujets du programme PATHWAYS ont accusé une perte de poids plus significative que ceux du groupe témoin (poids passé de 199 lb à 189 lb, soit $p < 0{,}0001$) et une baisse significative de l'IMC (33,9 à 32,5, soit $p < 0{,}0001$). Les sujets du programme PATHWAYS ont rapporté un changement de leurs habitudes alimentaires et une augmentation du taux d'exercice supérieurs à ceux du groupe témoin.	Aucune analyse « en intention de traiter »; les sujets pour lesquels il manquait des données après le traitement (n = 6) ont été exclus de l'analyse. Impossible de dire si la collecte de données était aveugle. Résultats concernant la perte de poids constatée à la fin de l'intervention; suivi de plus longue durée recommandé. L'étude appuie l'utilisation d'un mode d'apprentissage actif avec le soutien de pairs et d'animateurs.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Poston et coll., (2001) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 379 femmes américano-mexicaines non diabétiques avec un IMC moyen de 33,8 ± 6,0; moyenne d'âge de 39,6 ans ± 8,5. Les participantes ont été recrutées dans des réseaux sociaux préétablis; puis réparties par blocs de groupes expérimentaux (17 blocs; n = 194) ou témoin (16 blocs; n = 185). **Source de financement :** National Heart, Lung and Blood Institute; Minority Scientist Development Award de l'American Heart Association et la section de l'AHA de Puerto Rico.	**Intervention :** le traitement consistait en des réunions hebdomadaires de 90 minutes animées par des consultants et des diététistes américano-mexicains; il était axé sur la modification de l'alimentation autochtone, la lutte contre les influences sociales négatives, la restructuration de l'environnement personnel associée à 30 minutes de marche rapide après chaque réunion et à la participation à des clubs ou groupes de marche ou à des exercices d'aérobique modérés jusqu'à cinq fois durant le reste de la semaine. Toutes les consignes écrites étaient en espagnol et en anglais. Le groupe témoin était inscrit sur une liste d'attente pour l'intervention; et subissait une évaluation de base aux 6[e] et 12[e] mois mais ne subissait aucune intervention après les mesures du 12[e] mois. **Intégrité de l'intervention :** séances animées par les mêmes consultants et diététistes. **Durée de l'intervention :** première intervention de 6 mois, puis suivi au cours duquel les sujets ont participé à des groupes de maintien hebdomadaire animés par des pairs. Intervention basée sur le soutien social et la théorie sociale cognitive.	**Conclusions :** aucune différence entre l'IMC des participants du groupe expérimental et ceux du groupe témoin aux 6[e] et 12[e] mois. **Résultats :** concernaient l'IMC ainsi que des mesures de l'activité physique et des questionnaires psychosociaux sur le soutien social et le lieu de contrôle de la santé.	Le principal résultat concernait l'activité physique. On a constaté peu de changement entre les groupes à terme. L'intervention ne se concentrait pas sur la diète pour la perte de poids. Taux d'abandon semblables à 6 mois (30 % contre 29 %), mais plus élevés dans le groupe expérimental que dans le groupe témoin à 12 mois (47 % contre 28 %). Suggère que l'utilisation de consignes et de documentation culturellement adaptées et que le soutien fourni par les réseaux sociaux ne sont pas suffisants pour augmenter l'activité physique ou occasionner une perte de poids.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Tanco, Linden et Earle (1998) Canada	Essai clinique aléatoire Anglais 62 femmes avec un poids moyen de 109,7 kg; tous les sujets avaient des antécédents d'échecs de traitement contre la perte de poids. Sujets répartis au hasard dans trois groupes expérimentaux : un programme comportemental normalisé de gestion du poids prévoyant une diète hypolipidique et une augmentation des exercices (TComp); un programme de traitement cognitif prévoyant l'amélioration du bien-être et la réduction des troubles alimentaires (TCogn) et un groupe témoin sur la liste d'attente. **Source de financement :** non mentionnée.	**Intervention :** *TComp :* diète normalisée et pesée hebdomadaire; rencontre de groupe hebdomadaire axée sur les consignes et la discussion; sujets incluant la réalisation des objectifs, une diète d'échange, le contrôle du stimulus, le modelage et les récompenses, la prévention de la rechute, les exercices et la nutrition; 10 sujets par groupe, deux groupes. *TCogn :* pesée aux semaines 1, 4 et 8; poids communiqué seulement sur demande; discussion de groupe visant au partage des sentiments et du vécu; incitation à reconnaître les indices psychologiques et physiques de faim et de satiété; sujets hebdomadaires incluant l'auto-efficacité dans les exercices, l'approche sans diète et la nutrition, les raisons de manger sans relation avec la faim, les distorsions cognitives et de la dépression, l'affirmation de soi, la prévention de la rechute; groupe de 10 sujets et groupe de 11 sujets. **Intégrité de l'intervention :** un étudiant diplômé en psychologie clinique dirigeait la TComp tandis qu'un autre animait les séances de la TCogn; programme supervisé par le même thérapeute expert.	**Résultats :** incluait le poids Les principaux résultats étaient la dépression, l'anxiété, la maîtrise de soi et les troubles alimentaires. **Conclusions :** en comparaison au groupe témoin, l'interaction groupe x temps entraînait une perte de poids modeste mais significative dans les groupes de TCogn et de TComp. Les données du suivi de six mois disponibles pour 58 % des sujets ont révélé une perte de poids continue dans les groupes de TCogn et de TComp.	Les résultats peuvent être confondus avec la méthode individuelle du thérapeute, étant donné que les groupes de TComp et de TCogn ont été dirigés par différents thérapeutes. Les pertes de poids étaient significatives, mais limitées du point de vue clinique. Suivi à long terme limité à 58 % des sujets Aucune analyse « en intention de traiter » réalisée Impossible de dire si la collecte de données était aveugle Il y a eu contamination car le groupe de TComp a fait l'objet d'une intervention de TCogn de 4 semaines.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
		Durée de l'intervention : 8 semaines pour la TComp ou la TCogn plus 4 semaines de TCogn pour les 2 groupes. Total de 12 semaines. Cadres théoriques comportemental et cognitif.		
Tate et coll., (2001) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 91 adultes en bonne santé dont le poids moyen est de 78,1 kg ± 10,5; IMC moyen de 29,0 ± 3,05; moyenne d'âge de 40,9 ans ± 10,6. Répartition au hasard dans les groupes suivants : éducation par Internet (n = 45) ou thérapie comportementale par Internet (n = 46). **Source de financement :** Weight Risk Investigators Study Council, une division de recherche de Knoll Pharmaceutical.	**Intervention :** *Groupe d'éducation par Internet (EI) :* séance d'une heure sur la perte de poids; diète de 1200 à 1500 calories par jour avec recommandation de diminuer le gras de 20 % et d'augmenter l'activité physique; renseignements de base sur la diète, exercices, autosurveillance disponible sur le site web de l'étude. *Groupe de thérapie comportementale par Internet (TCI) :* l'intervention décrite ci-dessus plus un courriel hebdomadaire incluant une leçon comportementale pour la perte de poids; envoi hebdomadaire en ligne de journaux d'autosurveillance, rétroaction individuelle, stratégies d'amélioration et accès à un babillard électronique favorisant l'interaction avec les autres participants. **Intégrité de l'intervention :** le même thérapeute animait la séance de présentation d'une heure et envoyait les courriels hebdomadaires. **Durée de l'intervention :** 24 semaine.	**Résultats :** poids et tour de taille **Conclusions :** perte de poids beaucoup plus significative dans le groupe TCI que dans le groupe EI (p = 0,001), avec perte dans ce dernier de 1,7 kg (écart type 2,7) après 3 mois et de 1,6 kg (écart type 3,3) après 6 mois, contre une perte dans le groupe TCI de 4 kg (écart type 2,8) à 3 mois et de 4,1 kg (écart type 4,5) à 6 mois.	L'étude inclut une analyse de l'efficacité pour définir la taille de l'échantillon. Analyse « en intention de traiter » effectuée et même résultat obtenu. Rémunération de 10 $ et 25 $ respectivement pour venir aux rendez-vous des 3e et 6e mois. Impossible de dire si la collecte de données était aveugle. Les consignes d'utilisation de l'Internet étaient fournies, mais leur insertion dans l'étude nécessitait l'accès à un ordinateur et la capacité de lire et de comprendre l'anglais. Résultats concernant la perte de poids uniquement pendant le cours de l'intervention; suivi de plus longue durée recommandé après l'intervention.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Tate et coll., (2003) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 92 personnes en surcharge pondérale ou obèses susceptibles de développer un diabète de type II et réparties au hasard en deux groupes. **Source de financement :** Clinical Research Award de l'American Diabetes Association.	**Intervention :** *Éducation par Internet (EI) :* séance d'une heure sur la perte de poids; diète de 1200 à 1500 calories par jour avec recommandation d'augmenter l'activité physique; renseignements de base sur la diète, exercices, autosurveillance disponible sur le site web de l'étude. *Thérapie comportementale par Internet (TCI) :* EI plus consultations comportementales par Internet sous forme de communications virtuelles ayant lieu cinq fois par semaines avec le conseiller, puis chaque semaine pendant les 11 mois restants. **Intégrité de l'intervention :** le groupe TCI avait pour consigne de noter les prises alimentaires et les exercices dans un journal sur Internet. Le groupe EI était incité à utiliser les ressources fournies pour gérer ses prises alimentaires et ses exercices.	**Résultats :** changement dans le poids corporel. **Conclusions :** la réduction du poids des participants du groupe TCI était plus importante que celle du groupe EI (p = 0,04) aux 3e, 6e et 12e mois.	Analyse « en intention de traiter » réalisée. La relation avec le thérapeute électronique a amélioré les résultats du suivi d'un an.
Utter et coll., (1998) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 102 femmes adultes, caucasiennes, âgées de 25 à 75 ans avec un IMC allant de 25 à 65, sans maladies connues.	**Intervention :** *Diète uniquement (D) :* diète de 1200 à 1300 calories par jour basée sur des échanges alimentaires plus consignes hebdomadaires pour la perte de poids, lignes directrices sur la nutrition, importance du respect de la diète;	**Résultats :** poids, IMC **Conclusions :** le poids et l'IMC des groupes avec diète et avec diète et exercices accusaient une baisse significative après 12 semaines, comparativement au groupe témoin et au groupe avec exercice seulement	Absence de clarté concernant les procédures de recrutement; description de la population se limitant au sexe, à l'âge et au poids .

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
	Groupes aléatoires : témoin (n = 22); avec exercices (n = 21); avec diète (n = 26); avec exercices et diète (n = 22). **Source de financement :** subvention Cybex de l'American College of Sports Medicine.	exercices d'étirement et série d'exercices moteurs de 45 minutes, 4 jours par semaine, sous supervision. *Exercices uniquement (E) :* marche pendant 45 minutes 5 fois par semaine avec un pouls maximal de 60 à 80. Exercices supervisés 4 jours sur 5. *Diète plus exercices (D + E) :* interventions avec diète et exercices physiques. **Témoins :** étirement et série d'exercices moteurs sous supervision pendant 45 minutes, 4 jours par semaine. **Intégrité de l'intervention :** respect de la diète mesuré chaque semaine par un rappel aléatoire de 24 heures; prise alimentaire analysée par un système d'analyse informatisé. **Durée de l'intervention :** 12 semaines.	(groupe x temps $p < 0,001$); aucun changement significatif pour l'exercice seul dans le cadre du contrôle. **Conclusion :** seule, une formation visant l'exercice aérobique modéré n'a aucun effet notable sur le poids ou l'IMC.	Impossible de dire si la collecte de données était aveugle.
Wing et coll., (1998) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 154 adultes non diabétiques en surcharge pondérale dont l'un des parents est diabétique (ou les deux); 79 % de femmes; moyenne d'âge de 45,7 ans ± 4,4 et IMC de 35,9 ± 4,3.	**Intervention :** *Groupe avec diète (n = 37) :* réunion de groupe hebdomadaire les six premiers mois puis réunions toutes les deux semaines; deux cours de perfectionnement de six semaines pendant l'année; diète de 800 à 1000 calories pendant huit semaines, puis de 1200 à 1500 calories jusqu'à la semaine 16; menus et listes de courses fournis; sujets concernant le comportement ou la nutrition présentés lors de chaque réunion.	**Résultats :** poids, taux de glucose et de cholestérol, consignation par les participants de leurs exercices et de leur diète. **Conclusions :** après six mois, les groupes avec diète et avec exercices et diète accusaient une perte de poids plus significative que le groupe avec exercices seuls ou que le groupe témoin ($p < 0,001$).	Impossible de dire si la collecte de données était aveugle Aucune analyse « en intention de traiter » L'une des forces de l'étude est son suivi de longue durée. L'efficacité initiale des trois interventions diffère, contrairement à leurs répercussions à long terme.

Tableau 3A : Études retenues, diète et exercice (n = 11)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
	Source de financement : National Institutes of Health, Obesity/Nutrition Research Center et General Clinical Research Center.	*Groupe avec exercice (n = 37) :* même programme que le groupe avec diète; sujets concernant le changement du comportement vis-à-vis de l'exercice à chaque séance; marche supervisée de 50 à 60 minutes lors de chaque réunion hebdomadaire, avec deuxième marche possible pendant les 10 premières semaines. *Groupe avec diète plus exercices :* interventions décrites ci-dessus concernant à la fois les exercices et la diète; encouragé à participer aux marches (n = 40). **Groupe témoin :** les participants reçoivent un exemplaire du manuel LEARN, un manuel d'instructions comportementales et sont encouragés à perdre du poids et à faire de l'exercice par eux-mêmes (n = 40). **Intégrité de l'intervention :** les mêmes équipes de thérapeutes ont animé toutes les séances de la diète et une autre équipe a animé toutes les séances d'exercice. **Durée de l'intervention et du suivi :** 2 ans. Cadre théorique comportemental utilisé dans le manuel LEARN.	Après 12 mois, le maintien de perte de poids du groupe avec diète était de 60 % tandis que celui du groupe avec diète plus exercices était de 72 %, ce qui est bien supérieur aux résultats du groupe avec exercices et du groupe témoin. Au bout de 24 mois, la perte de poids ne différait pas entre les groupes expérimentaux, même si le groupe suivant la diète plus les exercices accusait une réduction du poids plus importante.	Une perte de poids de 4,5 kg sur deux ans réduit de 30 % le risque de diabète de type II.

Tableau 3B : Études retenues, exercice seulement (n = 4)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Bond Brill et coll., (2002) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 88 femmes pour la plupart hispaniques, IMC moyen de 34,3 ± 6,61 et moyenne d'âge de 39,5 ans ± 7,34; réparties au hasard dans un groupe avec diète seulement (DS), un groupe avec diète plus marche de 30 minutes cinq fois par semaine (DEx1) et un groupe avec diète plus marche de 60 minutes cinq fois par semaine (DEx2). **Source de financement :** non mentionnée.	**Intervention :** DS : version modifiée d'un programme d'échange de calories de l'American Dietetic Association; 1200 à 1400 calories par jour; considéré à volonté, car les participants avaient un accès illimité aux aliments en forte teneur en fibres alimentaires, hypolipidiques et hypocaloriques; les participants devaient s'abstenir de faire de l'exercice. DEx1 : même diète que précédemment avec des séances d'exercices constituées de réchauffement, d'étirements, de 30 minutes de marche, de récupération et d'étirements de fin d'exercice supervisés par des physiologistes de l'exercice; les marches avaient lieu dans un parc cinq jours par semaine à un rythme choisi par le participant. DEx2 : même diète et exercices que précédemment, avec une marche de 60 minutes cinq jours par semaine. **Intégrité de l'intervention :** tous les exercices de l'intervention étaient supervisés par les mêmes physiologistes de l'exercice. **Durée de l'intervention :** 12 semaines.	**Résultats :** poids, IMC, tour de taille, BP et lipides BP et lipides non consignés ici. **Conclusions :** perte de poids et baisse de l'IMC semblables et significatifs pour tous les groupes ($p < 0,001$) du début à la fin du test. La diminution du tour de taille des participants du groupe avec exercices était supérieure à celle des participants du groupe DS.	Aucune analyse « en intention de traiter » consignée Seuls les participants qui ont participé à 85 % des séances d'exercice au moins et qui ont respecté la diète ont été pris en compte dans l'analyse (63,6 %). Aucune différence n'a été constatée dans les données de base des participants qui ont abandonné et celles de ceux qui ont terminé l'étude. Une marche de 30 minutes s'est avérée aussi efficace qu'une marche de 60 minutes. La marche n'augmente pas la perte de poids lorsqu'elle est associée à la diète seule, mais elle réduit la répartition centrale de la graisse. Suivi de plus longue durée recommandée.

Tableau 3B : Études retenues, exercice seulement (n = 4)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Dicken-Kano et Bell (2006) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 39 adultes âgés de 18 à 69 ans avec un IMC ≥ 25. Tous ont déclaré faire de l'activité physique au moins une heure par semaine. **Source de financement :** non mentionnée.	**Intervention :** le groupe expérimental (n = 23) et le groupe témoin (n = 16) ont reçu des documents faisant la promotion de l'exercice physique et des conseils pour marcher plus et les aider à contrôler leur poids. Les membres du groupe expérimental ont également reçu un podomètre et des consignes pour parvenir à faire chaque jour 10 000 pas ou pour doubler leurs pas de base. **Intégrité de l'intervention :** non décrite **Durée de l'intervention :** 6 mois	**Résultats :** IMC et la marche en tant qu'exercice. **Conclusions :** aucun changement d'IMC significatif n'a été relevé chez les participants de chaque groupe. Chez les participants qui utilisaient un podomètre, la marche est passée de 39 % au départ à 79 % après 6 mois, tandis que chez ceux du groupe témoin, ce taux est passé de 50 % à 62 % (mesure prise à la dernière visite). Bien qu'il n'y ait aucune augmentation statistiquement différente entre les deux groupes, ils ont tous les deux augmenté la marche.	Détails restreints dans ce rapport; pas de description de la sélection de la taille de l'échantillon ni de l'analyse des données. Impossible de dire si la collecte de données était aveugle Intervention minimale, réduite à l'utilisation d'un podomètre Aucune perte de poids dans les groupes, ce qui suggère que l'exercice seul n'entraîne pas la perte de poids.
Jeffrey et coll., (2003) *Tate et coll. (2007)* États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 202 adultes (IMC 26 à 44), 43 % diplômés d'un collège, 80 % blancs, 58 % de sexe féminin **Source de financement :** non mentionnée	**Intervention :** *Le groupe expérimental* a suivi une thérapie comportementale normalisée contre l'obésité et était soumis à un taux élevé d'activité physique (TACÉ) avec un objectif de dépense d'énergie (DÉ) de 2500 kcal par semaine. *Le groupe témoin* suivait la TCN contre l'obésité et effectuait une DÉ de 1000 kcal par semaine. La TCN était dispensée lors de réunions hebdomadaires en petits groupes pendant les six premiers mois, puis en réunions ayant lieu deux fois par mois du 6e au 12e mois, puis une fois par mois du 12e au 18e mois.	Au bout de 18 mois, le groupe qui suivant la TCN plus le TACÉ accusait une DÉ plus significative que le groupe témoin (DÉ de 2399 contre DÉ de 334, $p < 0,04$). Aucune différence de perte de poids significative n'a été relevée entre les groupes après 6 ou 12 mois. Elle existait cependant à 18 mois (4,1 kg contre 6,7 kg, $p = 0,04$). L'apport énergétique est resté semblable chez les deux groupes tout au long de l'étude.	Taux de rétention de plus de 80 % sur toute la période de l'étude. L'adhésion pendant l'intervention du TACÉ était très élevée. On ignore laquelle de ces trois stratégies ni quelle combinaison permet d'atteindre des niveaux aussi élevés. De nombreux participants du groupe avec TACÉ ont réduit la durée ou l'intensité de l'activité physique entre le 18e et le 30e mois.

Tableau 3B : Études retenues, exercice seulement (n = 4)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
		Le groupe témoin était caractérisé par trois autres éléments : ses participants étaient incités à amener des amis pour faire les exercices; les entraîneurs les rencontraient après la réunion de groupe pour suivre les progrès effectués avec les exercices, pour leur fournir leur soutien et les aider à résoudre leurs problèmes; et un incitatif monétaire était prévu pour ceux qui atteignaient ou dépassaient leurs objectifs de DÉ. **Intégrité de l'intervention :** diète et exercices consignés chaque jour pendant les six premiers mois, puis une semaine par mois. **Durée :** 18 mois.	Le suivi effectué à 30 mois à partir des données de base n'indique aucune différence significative dans l'IMC ou l'activité physique. Lien entre l'ampleur de l'activité physique et la perte de poids déterminé par la comparaison de la DÉ des participants des trois groupes à 30 mois (par degré d'intensité) : la perte de poids du groupe affichant la DÉ la plus élevée était plus significative (7 kg contre 0,4 et 0,6 kg). On a également constaté une perte de poids plus significative chez les hommes que chez les femmes. La reprise de poids était moins significative dans le groupe avec une DÉ > 2500 kcal que dans les deux autres groupes (2,9 kg contre > 6 kg).	Les résultats confirment qu'un taux élevé d'activité physique est nécessaire pour maintenir la perte de poids.
Schmitz et coll., (2007) États-Unis	États-Unis Essai clinique aléatoire Anglais 164 femmes d'une moyenne d'âge de 36 ans ± 5,5; poids moyen de 81,2 kg ± 1,3; 47 % d'entre elles sont mariées; 60 % blanches, 28 % noires et les	**Intervention :** groupe expérimental : séances d'entraînement à la force ayant lieu deux fois par semaine pendant 16 semaines et supervisées par des moniteurs de conditionnement physique certifiés, suivies par des séances de rappel ayant lieu toutes les 12 semaines; entre lesquelles les participants doivent effectuer des exercices non supervisés ponctués de rappels téléphoniques hebdomadaires,	**Résultats :** poids, composition corporelle, muscles, activité physique. **Conclusions :** aucun changement dans le poids ou l'IMC; différences entre le groupe expérimental et le groupe témoin. La réduction de la graisse corporelle était plus importante lors de la première année que lors de la deuxième année, ce qui traduit le passage de l'intervention au maintien.	Étude prévoyant l'analyse de l'efficacité pour définir la taille de l'échantillon, le nombre de femmes exigé a terminé l'étude; aucune analyse « en intention de traiter » effectuée Impossible de dire si la collecte de données était aveugle

Tableau 3B : Études retenues, exercice seulement (n = 4)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
	autres d'autres races; 69 % sont diplômées d'un collège. Répartition aléatoire dans un groupe expérimental avec entraînement de la force deux fois par semaine et un groupe témoin recevant des brochures faisant la promotion de l'exercice aérobique. **Source de financement :** National Institute of Digestive and Kidney Disease et centre général de recherche clinique de l'Université du Minnesota.	garderie d'enfants gratuite, site web de l'étude, évènements sociaux biannuels et bulletin mensuel. Groupe témoin : reçoit par courrier postal une brochure de l'American Heart Association qui recommande de faire 30 minutes d'activité physique d'intensité moyenne la plupart des jours de la semaine; aucun soutien social prévu. Les participants des deux groupes devaient apportaient des changements importants à leur diète. **Intégrité de l'intervention :** les mêmes moniteurs ont animé les exercices qui avaient lieu au même endroit (YWCA). **Durée de l'intervention :** 2 ans en tout. Théorie sociale cognitive.		Le principal objet de la recherche ne visait pas la perte de poids mais plutôt à éviter l'augmentation de la masse adipeuse, de la graisse dermique abdominale et à augmenter l'entraînement de force. Elle a parfaitement atteint son but.

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Heshka et coll., (2000) *Heshka et coll. (2005)* États-Unis	Essai clinique aléatoire multicentrique. 423 participants, hommes et femmes en surcharge pondérale ou obèses (IMC 27 à 40) âgés de 18 à 65 ans. **Source de financement :** Weight Watchers Foundation.	**Intervention :** *Le groupe expérimental* (n = 211) devait suivre un programme commercial gratuit constitué d'un plan alimentaire équilibré au déficit énergétique modéré, d'un programme d'activité physique et de réunions de groupe hebdomadaires d'une heure dans lesquelles ils recevaient de la documentation pédagogique, une pesée de contrôle et un soutien social (Weight Watchers). *Le groupe témoin* (autothérapie) bénéficiait de consultations de 20 minutes avec un diététiste pendant 12 semaines. **Intégrité de l'intervention :** participation à des réunions hebdomadaires. **Durée de l'intervention :** 2 ans.	**Résultats :** après 26 semaines, les participants au programme commercial accusaient une perte de poids plus significative que le groupe témoin (IMC -1,7 contre -0,05, p 0,001). Ces résultats se sont poursuivis au bout de deux ans (IMC -1,1 contre -0,2, p < 0, 001).	Analyse « en intention de traiter ». Résultats de l'analyse dans le cadre d'une « intention de traiter ». Dans le groupe expérimental, les résultats des finissants étaient plus positifs. La perte de poids s'est avérée modeste.
Jeffery et coll., (1993) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 202 adultes en bonne santé (101 hommes et 101 femmes), âge moyen de 40 ans, principalement blancs, cultivés, d'un poids moyen de 89 kg et d'un IMC de 31.	**Intervention :** la thérapie comportementale normalisée (TCN) prévoyait de l'information et des discussions sur la diète et des exercices en groupes de 20 participants, ainsi que des interventions comportementales comme des techniques de contrôle du stimulus, des stratégies de résolution de problèmes et du soutien social; diète de	**Résultats :** poids, résultats supplémentaires dont la connaissance et l'inventaire des habitudes alimentaires. **Conclusions :** les deux groupes qui recevaient de la nourriture accusaient la perte de poids la plus élevée aux dates de suivi (p < 0,0002); aucune.	Le groupe avec TCN accusait une perte de poids, mais il y avait une augmentation significative lorsque la nourriture était fournie; la perte de poids et l'adhésion comportementale se sont détériorées à partir de 6 mois dans tous les groupes, l'approvisionnement en nourriture ne favorise donc pas le maintien de la perte de poids.

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
	Source de financement : subventions de National Institutes of Health.	1000 ou 1500 calories par jour en fonction du poids de base, et programme d'exercices équivalent à 50 calories par jour pendant cinq jours par semaine. *Groupe 1 :* TCN exclusivement (n = 40). *Groupe 2 :* TCN plus cinq déjeuners et cinq repas du midi préemballés gratuits par semaine et un menu pour les autres repas (n = 40). *Groupe 3 :* TCN plus incitatifs monétaires en fonction de la perte de poids liée à l'objectif établi, somme maximale de 25 $ par objectif atteint et maintenu (n = 41). *Groupe 4 :* TNC avec approvisionnement en nourriture et incitatifs décrits ci-dessus (n = 41). *Groupe 5 :* le groupe témoin a reçu pour consigne de perdre du poids par ses propres moyens et de participer aux évaluations (n = 40). **Intégrité de l'intervention :** journal alimentaire quotidien. **Durée de l'intervention :** réunions hebdomadaires pendant 20 semaines, puis une fois par mois; évaluations aux 6e, 12e et 18e mois.	répercussion des incitatifs monétaires ni de leur interaction avec l'approvisionnement de nourriture; participation aux séances plus élevées aussi dans les groupes recevant de la nourriture. Théorie comportementale pour la TCN.	L'approvisionnement en nourriture s'est avéré plus efficace que les incitatifs monétaires pour améliorer la perte de poids. Nécessité de poursuivre la recherche pour déterminer des stratégies de maintien du poids à long terme.

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Kalodner et DeLucia (1991) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 60 femmes et 9 hommes, moyenne d'âge de 40,68 ans, poids de 84,3 kg. Divisés par sexe et pourcentage de surcharge pondérale et répartis au hasard dans des blocs stratifiés de groupes d'intervention de un à quatre participants avec combinaisons de thérapie comportementale (TComp), thérapie cognitive (TCogn) et éducation nutritionnelle (ÉN).	**Intervention :** groupes expérimentaux 1) TComp + TCogn; 2) TComp + ÉN; 3) TComp + TCogn + ÉN; 4) TComp + soutien social. La TComp prévoit des travaux hebdomadaires à domicile; la TCogn est axée sur l'identification et la modification des attributions cognitives qui influencent la perte de poids; format de groupes de discussion; l'ÉN consiste en une analyse informatique hebdomadaire de la diète quotidienne et en deux réunions avec des diététistes pour discuter des modèles de nutrition. **Intégrité de l'intervention :** TComp assurée par des étudiantes en maîtrise; TCogn par des étudiantes en doctorat; ÉN par des diététistes; toutes les séances sont animées par les mêmes personnes pendant toute l'intervention. **Durée de l'intervention :** 10 séances hebdomadaires de 2 heures; huit participants par groupe.	**Résultats :** poids, mesures comportementales, cognitives et nutritionnelles. **Conclusions :** la perte de poids des participants était plus significative après le test, aux trois mois; légère augmentation du poids au suivi des six mois. Aucune différence intergroupe dans la réduction du poids des groupes expérimentaux, bien que seules les données colligées aient été présentées plutôt que le poids par intervention. Cadres théoriques en lien avec la thérapie cognitive et comportementale.	Bien que les données colligées de la perte de poids des quatre groupes soient significatives, elles restent modérées et pourraient avoir une signification clinique limitée. Aucune analyse « en intention de traiter » ni d'autres approches concernant les données manquantes. Aucun détail concernant les diverses interventions. Il se peut qu'il soit impossible d'utiliser les approches suggérées ou de répéter la recherche. Bien que les sujets aient fait un dépôt de 50 $ remboursable conditionnellement à leur participation aux évaluations de suivi, seuls 64 % d'entre eux ont effectué toutes les évaluations.
McMillan-Price et coll., (2006) Australie	Essai clinique aléatoire Anglais	**Intervention :** tous les groupes suivaient des diètes hypoénergétiques, hypolipidiques et à teneur en fibre modérée, avec des différences intergroupes dans la quantité et la qualité des glucides.	**Résultats :** poids corporel. **Conclusions :** tous les groupes ont perdu du poids, mais aucune différence intergroupe n'a été constatée.	La taille de l'échantillon a été calculée pour donner la possibilité de détecter les résultats. Analyse « en intention de traiter ».

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
	129 jeunes adultes (18 à 40 ans) répartis au hasard dans 4 groupes. **Source de financement partielle :** Le National Heart Foundation of Australia et Meat and Livestock Australia	Tous les participants recevaient des plans alimentaires d'environ 1400 calories pour les femmes et 1900 calories pour les hommes. Ils se voyaient remettre tous les aliments contenant des glucides et des protéines ainsi que quelques plats préparés. Tous les groupes suivaient des réunions hebdomadaires animées par un diététiste qui encourageait le respect du programme et répondait à leurs questions. **Intégrité de l'intervention :** journaux alimentaires pendant trois jours aux semaines 4 et 8. **Durée de l'intervention :** 12 semaines.	Différences significatives dans la proportion de participants de chaque groupe ayant perdu > 5 % de leur poids corporel: Diète 1 31 % Diète 2 56 % Diète 3 66 % Diète 4 33 %	
Meckling et coll., (2004) Canada	Essai clinique aléatoire 9 hommes et 31 femmes en surcharge pondérale ou obèses **Source de financement partielle :** Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada	**Intervention :** participants répartis entre un groupe avec diète hypolipidique et un groupe avec diète hypoglucidique. La prise alimentaire des groupes constituait la même restriction énergétique. Les participants ont été incités à ne pas changer le taux d'exercice physique. Réunions hebdomadaires avec des coordonnateurs de l'étude pour vérifier le poids et obtenir des conseils sur la diète	**Résultats :** IMC **Conclusions :** I MC en baisse dans les deux groupes du début à la fin du test Aucune différence intergroupe significative. Différences dans l'IMC après l'intervention. Les autres résultats (pression artérielle, lipides, glucose, insuline et PAI-1) ne sont pas consignés ici.	Il se peut que la petite taille de l'échantillon (n = 20 par groupe) et le taux d'abandon de 23 % aient provoqué une erreur de type II.

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
		Intégrité de l'intervention : journaux alimentaires détaillés et journaux sur l'exercice physique tenus et évalués périodiquement **Durée de l'intervention :** 10 semaines		
Petersen et coll,. (2006) Sept pays européens : Angleterre, Pays-Bas, France (deux centres), Espagne, République tchèque, Suède et Danemark.	Sept pays d'Europe : Angleterre, Pays-Bas, France (deux centres), Espagne, République Tchèque, Suède et Danemark. Essai clinique aléatoire Anglais 771 personnes (579 femmes et 192 hommes) avec un poids moyen de 104 kg ± 15,9 et d'une moyenne d'âge de 37,5 ans ± 8. Répartition aléatoire en blocs stratifiés basés sur le centre, le sexe et trois groupes d'âge (20 à 29 ans; 30 à 39 ans et 40 à 50 ans), taille des blocs de 12 personnes.	**Intervention :** répartition dans un groupe avec diète de 600 calories de moins que les besoins personnels estimés et avec 20 à 25 % d'énergie provenant de la grasse (diète hypolipidique; n = 382) OU dans un groupe avec diète contenant moins de calories et 40 à 45 % de l'énergie provenant de la graisse (diète hyperlipidique; n = 389). **Source de financement :** Union européenne. Réunions hebdomadaires avec un diététiste qui fournissait et renforçait les consignes alimentaires. **Intégrité de l'intervention :** Toutes les séances ont été animées par le même diététiste qui a suivi une formation pour normaliser les exposés. **Durée de l'intervention :** 10 semaines.	**Résultats :** le principal résultat était le poids; le deuxième était la composition du corps et les lipides contenus dans le sang; l'insuline et le taux de lipides ne sont pas consignés ici. **Conclusions :** la moyenne de perte de poids s'élève à 6,9 kg pour la diète hypolipidique et à 6,6 kg pour la diète hyperlipidique, sans différence intergroupe. La proportion de sujets ayant perdu 10 % de leur poids ou plus est plus élevée dans le groupe avec diète hypolipidique (20,8 %, n = 70) que dans le groupe avec diète hyperlipidique (14 %; n = 46) (p = 0,02).	Analyse « en intention de traiter » effectuée et même résultat obtenu. Impossible de dire si la collecte de données était aveugle. Les deux diètes ont entraîné une perte de poids pendant la durée de l'étude (qui n'était que de 11 semaines); nécessité d'un suivi de plus longue durée.

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Skov et coll., (1999) *Due et coll. (2004)* Danemark	Essai clinique aléatoire Danois 65 participants, hommes et femmes en surcharge pondérale ou obèses (IMC 25 à 35) âgés de 18 à 55 ans. **Source de financement :** Programme danois de recherche et développement pour la technologie alimentaire, Fédération des producteurs de porcs et des abattoirs danois, Fondation de recherche danoise sur les produits laitiers et Commission sur le bétail et la viande.	**Intervention :** les deux groupes expérimentaux étaient soumis à des diètes hypolipidiques (30 % de l'énergie totale). *Le groupe avec diète hyperglucidique (HG)* suivait une diète comportant 58 % de glucides et 12 % de protéines. *Le groupe avec diète hyperprotéinée (HP)* suivait une diète comportant 25 % de protéines et 45 % de glucides. *Le groupe témoin* continuait sa diète habituelle. Pendant les six premiers mois, les participants des deux groupes expérimentaux recevaient deux fois par semaine de la nourriture provenant d'un magasin créé dans cet objectif. Du 6e au 12e mois, les participants fournissaient leur propre nourriture en suivant les conseils donnés au cours de séances de thérapie comportementale de groupe ayant lieu chaque deuxième semaine du mois. **Intégrité de l'intervention :** journaux alimentaires de 7 jours.	**Résultats :** ni la perte de poids ni les autres résultats ne sont indiqués ici. **Conclusions :** après 3 mois et 6 mois, le groupe HP accusait une perte de poids plus significative que le groupe HG (6 mois : 8,7 kg contre 5 kg; p = 0,0002). Aux 12e et 24e mois, la différence de perte de poids entre les deux groupes expérimentaux n'était plus significative.	Il s'est avéré difficile de maintenir l'adhésion aux diètes après l'arrêt du magasin de nourriture gratuite. Les auteurs suggèrent plusieurs raisons pour expliquer ce manque d'adhésion. Ils concluent qu'une diète hyperprotéinée et hypolipidique est efficace pour obtenir une perte de poids à court terme. Ils démontrent également qu'elle ne s'accompagne d'aucun effet néfaste sur la santé, contrairement aux affirmations ou aux soupçons émis par d'autres chercheurs.

Tableau 3C : Études retenues, diète seulement (n = 8)

Nom de l'étude	Modèle et participants	Intervention	Résultats/conclusions	Commentaires/limites
Wing et coll., (1996) États-Unis	Essai clinique aléatoire Anglais 163 femmes en surcharge pondérale avec un poids moyen de 84,6 kg ± 5,9; moyenne d'âge de 41,3 ± 7,4 Répartition au hasard en quatre groupes **Source de financement :** National Institutes of Health, États-Unis	**Intervention :** traitement comportemental normalisé (TCN) pour les quatre groupes Sujets suivant une diète de 1000 à 1500 calories en fonction du poids corporel initial; stratégies comportementales prévoyant l'autosurveillance, le contrôle du stimulus, la planification, la résolution de problèmes et le soutien social *Groupe 1 :* TCN et principes de base d'une alimentation saine; aucune consigne précise sur le type de nourriture. *Groupe 2 :* TCN accompagnée de menus et de listes d'épicerie *Groupe 3 :* TCN accompagnée des menus mentionnés ci-dessus et d'un carton hebdomadaire d'aliments correspondant au menu, que les participants payaient 25 $ *Groupe 4 :* TCN accompagnée des menus et du même carton d'aliments, mais gratuit **Intégrité de l'intervention :** les mêmes thérapeutes ont animé les séances de TCN; chaque groupe comprenait environ 20 participants **Durée de l'intervention :** 26 semaines Aucune implication de la communauté dans l'étude; aucun cadre théorique établi	**Résultats :** poids; les autres mesures incluent des questionnaires concernant les obstacles à l'adhésion, la prise alimentaire, les aliments conservés à la maison, les habitudes alimentaires, les connaissances et l'activité physique. **Conclusions :** perte de poids plus significative dans les groupes 2, 3 et 4 que dans le groupe 1 sans différence entre ces trois groupes. Le suivi d'un an a démontré que le recours à la TCN uniquement entraînait des pertes de poids à long terme inférieures à celles des trois groupes expérimentaux qui n'accusent cependant aucune différence intergroupe.	L'étude comprend une analyse de l'efficacité pour définir la taille de l'échantillon. Analyse « en intention de traiter » effectuée et même résultat obtenu. Impossible de dire si la collecte de données était aveugle. Les consignes d'utilisation de l'Internet étaient fournies, mais leur insertion dans l'étude nécessitait l'accès à un ordinateur et la capacité de lire et de comprendre l'anglais.

Annexes et figures :

Annexes

Figures

Annexe 1 : Stratégie de recherche

Population	Intervention/traitement	Établissement : communauté	Établissement : premiers soins	Limites du modèle de l'étude
obesity*	diet therapy*	delivery of health care*	primary health care*	controlled clinical trial
body weight	counselling*	community health services*	physicians*	randomized controlled trial
overweight*	exercise therapy	community health nursing*	physicians' offices*	cohort studies*
	exercise*	community health centers*	dietician$ dietitian$	quasi-experimental
	relaxation	community health planning*	nutritionist$	longitudinal studies
	relaxation techniques	workplace*	psychologist$	
	walking		psychiatrist$	
	yoga		public health*	
	health education*			

Cette stratégie de recherche est tirée de Medline (MeSH) et comprend des termes faisant l'objet d'une recherche étendue. Les mots-clés pour la recherche et leurs dérivés ont également été tentés dans CINAHL, Clinical Trials.gov, Cochrane, EMBASE, HealthStar et PsycINFO.

Paramètre de date : 1990 à 2007

Langues : Anglais

*termes faisant l'objet d'une recherche étendue

Annexe 2 : Compilation manuelle de revues

Recherche effectuée pour la période allant de janvier 2007 à février 2008 :

American Journal of Epidemiology

American Journal of Health Promotion

American Journal of Public Health

La revue canadienne de santé publique

Journal de l'Association médicale canadienne

Health Education and Behavior

Health Promotion International

Journal of Epidemiology and Community Health

Journal of Nutrition Education and Behavior

Journal of School Health

Annexe 3 : Méthode de mesure de la pertinence

Critères de pertinence

1.	L'étude concerne une intervention axée sur une pratique de santé ou de promotion de la santé conforme aux normes de santé publique de l'Ontario.	O	N
2.	L'étude concerne une intervention ciblant le changement comportemental (thérapies, stratégies, consultations, éducation, acquisition de compétences ou milieu de soutien) en milieu de travail en lien avec l'usage abusif d'alcool ou de drogues. L'usage du tabac est exclu.	O	N
3.	L'étude place l'intervention chez des adultes en milieu de travail.	O	N
4.	L'intervention a lieu dans un pays dont les milieux de travail ont des pratiques et des normes semblables à celles de l'Ontario Canada, États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande ou Europe du Nord-Ouest (Royaume-Uni, Irlande, Norvège, Suède, Danemark, France, Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suisse et Autriche).	O	N
5.	L'étude concerne un résultat comportemental lié à la réduction de l'abus d'alcool ou de drogues (réduction, élimination, abstinence, repérage précoce, autogestion, prévention de la rechute ou réadaptation).	O	N
	Décision de l'examinateur.		
	Étude à inclure dans l'évaluation critique (seulement si la réponse à cinq critères de pertinence est « oui »)	O	N
	En cas de divergence dans la décision :		
	Raison de la divergence		
	Erreur		
	Différence d'interprétation d'un critère	O	N
	Différence d'interprétation de l'étude	O	N
	Autres commentaires :	O	N
	DÉCISION FINALE : ÉTUDE À INCLURE	O	N

Annexe 4



PROJET DE PRATIQUE EFFICACE EN SANTÉ PUBLIQUE

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES QUANTITATIVES

ÉLÉMENTS DE CLASSEMENT

A) BIAIS DE SÉLECTION

Q1) Les personnes sélectionnées pour participer à l'étude étaient-elles censées représenter la population cible?

1. Tout à fait
2. Partiellement
3. Pas vraiment
4. Réponse inconnue

Q2) Quel est le pourcentage de personnes sélectionnées qui ont accepté de participer?

1. 80 à 100 %
2. 60 à 79 %
3. moins de 60 %
4. Sans objet
5. Réponse inconnue

NOTEZ CETTE SECTION	FORT	MODÉRÉ	FAIBLE
voir le dictionnaire	1	2	3

B) MODÈLE DE L'ÉTUDE

Quel était le modèle de l'étude?

1. Essai comparatif aléatoire
2. Essai clinique comparatif
3. Analyse de cohorte (deux groupes pré + post)
4. Cas-témoin
5. Cohorte (un groupe pré + post, avant et après)
6. Série temporelle interrompue
7. Autre. Précisez ______________________________
8. Réponse inconnue

L'étude était-elle décrite comme aléatoire? Si la réponse est NON, allez à l'élément C.

Non Oui

Si la réponse est oui, la méthode de répartition au hasard était-elle décrite? (voir le dictionnaire)

Non Oui

Si la réponse est oui, la méthode était-elle adaptée? (voir le dictionnaire)

Non Oui

NOTEZ CETTE SECTION	FORT	MODÉRÉ	FAIBLE
voir le dictionnaire	1	2	3

C) VARIABLES CONFUSIONNELLES

Q1) Avant l'intervention, existait-il des différences intergroupes importantes?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

Voici des exemples de variables confusionnelles :

1. Race
2. Sexe
3. Situation familiale
4. Âge
5. Situation économique et sociale (revenu ou classe sociale)
6. Scolarité
7. État de santé
8. Classement après mesure de résultats avant l'intervention

Q2) Si la réponse est oui, indiquez le pourcentage de variables confusionnelles qui ont été contrôlées (dans le modèle [stratification, correspondance, etc.] ou dans l'analyse).

1. 80 – 100 %
2. 60 – 79 %
3. Moins de 60 %
4. Réponse inconnue

NOTEZ CETTE SECTION	FORT	MODÉRÉ	FAIBLE
voir le dictionnaire	1	2	3

D) ESSAI À L' INSU

Q1) Les évaluateurs avaient-ils connaissance de l'intervention ou de l'exposition des participants?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

Q2) Les participants à l'étude connaissaient-ils la question de la recherche?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

NOTEZ CETTE SECTION	FORT	MODÉRÉ	FAIBLE
voir le dictionnaire	1	2	3

E) MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES

Q1) La validité des méthodes de collecte des données a-t-elle été démontrée?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

Q2) La fiabilité des méthodes de collecte des données a-t-elle été démontrée?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

NOTEZ CETTE SECTION	FORT	MODÉRÉ	FAIBLE
voir le dictionnaire	1	2	3

F) RÉTRACTATIONS ET ABANDONS

Q1) Le nombre et la raison des rétractations et des abandons par groupe ont-ils été consignés?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

Q2) Indiquez le pourcentage de participants ayant terminé l'étude (si le pourcentage est différent d'un groupe à l'autre, notez le plus bas de tous).

1. 80 à 100 %
2. 60 à 79 %
3. Moins de 60 %
4. Réponse inconnue

NOTEZ CETTE SECTION voir le dictionnaire	FORT 1	MODÉRÉ 2	FAIBLE 3

G) INTÉGRITÉ DE L'INTERVENTION

Q1) Quel est le pourcentage de participants qui ont reçu l'intervention allouée ou l'exposition de l'intérêt?

1. 80 à 100 %
2. 60 à 79 %
3. moins de 60 %
4. Réponse inconnue

Q2) La pertinence de l'intervention a-t-elle été mesurée?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

Q3) Est-il possible que les sujets aient fait l'objet d'une intervention non prévue (contamination ou co-intervention) pouvant avoir influencé les résultats?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

H) ANALYSES

Q1) Indiquez l'unité d'attribution (encerclez votre choix).

communauté organisme/institution clientèle/cabinet personne

Q2) Indiquez l'unité d'analyse (encerclez votre choix).

communauté organisme/institution pratique/cabinet personne

Q3) Les méthodes statistiques sont-elles adaptées au modèle de l'étude?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

Q4) L'analyse est-elle faite en fonction du statut d'attribution de l'intervention (p. ex. « intention de traiter ») plutôt que selon l'intervention réelle effectuée?

1. Oui
2. Non
3. Réponse inconnue

CLASSEMENT GLOBAL

ÉLÉMENTS DE CLASSEMENT

Veuillez reporter sur cette page les réponses données dans les cases grises des pages 1 à 4.

A BIAIS DE SÉLECTION	**NOTEZ CETTE SECTION** voir le dictionnaire	**FORT** 1	**MODÉRÉ** 2	**FAIBLE** 3
B MODÈLE DE L'ÉTUDE	**NOTEZ CETTE SECTION** voir le dictionnaire	**FORT** 1	**MODÉRÉ** 2	**FAIBLE** 3
C VARIABLES CONFUSIONNELLES	**NOTEZ CETTE SECTION** voir le dictionnaire	**FORT** 1	**MODÉRÉ** 2	**FAIBLE** 3
D ESSAI À L'INSU	**NOTEZ CETTE SECTION** voir le dictionnaire	**FORT** 1	**MODÉRÉ** 2	**FAIBLE** 3
E MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES	**NOTEZ CETTE SECTION** voir le dictionnaire	**FORT** 1	**MODÉRÉ** 2	**FAIBLE** 3
F RÉTRACTATIONS ET ABANDONS	**NOTEZ CETTE SECTION** voir le dictionnaire	**FORT** 1	**MODÉRÉ** 2	**FAIBLE** 3

CLASSEMENT GLOBAL POUR CET ARTICLE (encerclez votre choix) :

1. FORT (quatre classements FORT sans classement FAIBLE)
2. MODÉRÉ (moins de quatre classements FORT et un classement FAIBLE)
3. FAIBLE (au moins deux classements FAIBLE)

Discussion du classement entre les deux examinateurs :

Existe-t-il des divergences entre les deux examinateurs concernant les éléments de classement (A à F)?

Non Oui

Si la réponse est oui, indiquez la raison de la divergence.

1. Erreur
2. Différence d'interprétation d'un critère
3. Différence d'interprétation de l'étude

Décision finale des deux examinateurs (encerclez votre choix) :

1. **FORT**
2. **MODÉRÉ**
3. **FAIBLE**

Figure 1 : Résultats de recherche

